Die Münch. Med. Wochenschr. erscheint wöchentl. in Nummern von durchschnittlich 4—4½ Bogen Preis in Deutschl. u. Oest.-Ungarn vierteljährl. 6 ℳ, ins Ausland 7.50 ℳ. Einzelne No. 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Heustrasse 20. — Für Inserate und Beilagen an Rudolph Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. O. Bollinger, München. H. Curschmann, Leipzig. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg H. v. Ranke, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 5. 31. Januar 1899. Redacteur: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1. Verlag: J. F. Lehmann, Heustrasse 20. 46. Jahrgang.

Originalien.

Aus der chirurgischen Abtheilung der Kahlenberg-Stiftung zu Magdeburg.

Ueber Indicationen und Resultate chirurgischer Eingriffe bei Erkrankungen der Nieren.*)

Von Dr. *Paul Sendler*, dirig. Arzt.

Mehrfach habe ich in früheren Jahren Gelegenheit ehabt, m. H., Ihnen über Nierenoperationen zu berichten, bei solchen gewonnene Präparate vorzulegen und geheilte Patienten vorzustellen. Nachdem ich nunmehr an 50 wegen der verschiedenartigsten Leiden ausgeführten Operationen eine erweiterte Erfahrung auf diesem Gebiete der Chirurgie gewonnen zu haben glaube, halte ich es für gerechtfertigt, Ihnen meine gesammten Beobachtungen im Zusammenhang darzulegen und die Grundsätze zu entwickeln, zu welchen ich an der Hand meines eigenen Materials in der operativen Behandlung der Nierenkrankheiten gelangt bin.. Im Anschluss hieran gedenke ich dann die Resultate, welche ich erreicht habe, Ihrer Beurtheilung zu unterbreiten.

Ich unterziehe mich dieser Aufgabe um so lieber, weil ich hoffe, mich mit Ihnen darin in Uebereinstimmung zu befinden, dass die Fragen, bei welchen Nierenleiden wir operiren sollen, welche Operation dabei die gewiesene ist und was bei diesen Eingriffen herauskommt, ein hohes Interesse besitzen und wohl verdienen, in einem grösseren Kreise von praktischen Aerzten besprochen zu werden, da es zweifellos von grösster Wichtigkeit für unsere Kranken ist, hierüber zu einem Einverständniss zu gelangen.

Von den in Frage kommenden operativen Eingriffen habe ich ausgeführt

die Nephrektomie	7	mal
die Nephrotomie	14	„
die Nephrolithotomie	2	„
die Resection der Kapsel	1	„
die Operation perinephritischer Abscesse	6	„
die Operation des Echinococcus	1	„
die Nephropexie	7	„
die diagnostische Freilegung der Niere	3	„
die Operation von Nierenfisteln	8	„

Ausserdem bin ich in einem diagnostisch dunklen Falle zur Probelaparotomie genöthigt gewesen.

Bei diesen sämmtlichen Eingriffen habe ich nur einen Todesfall im Anschluss an eine Nephrektomie erlebt, den ich noch eingehender besprechen werde.

Den Anlass für den chirurgischen Eingriff haben mir abgegeben maligne Tumoren, Tuberculose, Nierenabscesse, Hydronephrose, Pyonephrose, Steinniere, Wanderniere, Lipom der Nierenkapsel, Nierenechinococcus, perinephritische Abscesse und Nierenfisteln.

Wie Sie sehen, sind alle diejenigen Leiden vertreten, welche eine Operation erfordern können, mit Ausnahme der Ureterfisteln, die bislang nicht in meine Behandlung gelangt sind, und der Verletzungen. Unter den mir zugegangenen Traumen, bei welchen die Niere betheiligt war, befand sich indessen nur ein einziger Fall einer schweren linksseitigen, percutanen Nierenquetschung bei einem 14jährigen Schiffsjungen, bei welchem wegen andauernder Haematurie die Operation vorübergehend in Frage kam. Auch dieser ist aber bei zuwartender Behandlung völlig genesen.

Diejenige Operation, welche das Interesse weitaus der Mehrzahl der Aerzte auch heute vorzugsweise beherrscht, ist die Exstirpation der Niere, die Nephrektomie.

Für dieselbe stellte Czerny auf dem internationalen Congresse zu London folgende These auf:

« Die Exstirpation einer Niere ist
a) bei Verletzungen,
b) bei Wanderniere,
c) bei Pyonephrose,
d) bei Nierensteinen,
e) bei Cysten und Hydronephrosen,
f) bei Tumoren,
g) bei Ureterfisteln

zulässig, sobald die Existenz des Individuums gefährdet ist und andere Behandlungsmethoden im Stiche lassen, vorausgesetzt, dass die andere Niere gesund ist.»

Diese Indicationstellung kann mit einigen Modificationen auch heute Gültigkeit beanspruchen, wenn schon gegenüber den Thaten noch der jüngsten Vergangenheit eine erfreuliche und nothwendige Einschränkung auf den meisten der genannten Gebiete festgestellt werden kann, die bedingt ist nicht allein durch den conservativen Zug, der neuerdings durch die gesammte Chirurgie geht, sondern vor Allem durch die erweiterte pathologische Erfahrung, durch die Vermehrung und Verfeinerung unserer diagnostischen Hilfsmittel und die sorgfältige Ausarbeitung der Technik der einzelnen Operationen.

Entsprechend unserer heutigen Anschauungsweise sollte man, glaube ich, den Czerny'schen Indicationen als eine gesonderte hinzufügen die Tuberculose der Niere, die er unter den Eiterprocessen mit einbegreift. Ich werde diese Auffassung später zu begründen suchen.

Was zunächst die Verletzungen betrifft, so wird die Operation allgemein und mit Recht gefordert, sobald durch die Blutung eine Gefahr verursacht wird. Bei einer offenen Verletzung wird man desshalb mit der ungesäumten Freilegung der Niere nicht zögern. Die Ausdehnung der aufgedeckten Zerstörung ist dann entscheidend für das weitere Vorgehen. Kann die Blutung durch Naht, Unterbindung, Umstechung oder Tamponade gestillt werden, so wird man sich hiermit begnügen.

Selbst bei ausgedehnteren Zerstörungen ist in einzelnen Fällen auch die Resection der Niere mit Glück gemacht worden; bei den schweren Zermalmungen des Organs hingegen bleibt nichts übrig, als die rasche Exstirpation, die am ehesten den Zugang zur Quelle der Blutung und ihre Stillung ermöglicht.

Die Therapie der percutanen Verletzung wird beherrscht durch den bekannten Symptomencomplex der schweren inneren Blutung. Die unmittelbare Lebensgefahr verlangt sofortige Operation. Meist wird hier die Nephrektomie bedingt sein.

Dass man bei leidlichem Allgemeinbefinden und in nicht zu schweren Fällen überhaupt nicht gar zu schnell damit bei der Hand zu sein braucht, zeigt ausser anderen Beobachtungen auch

*) Nach einem Vortrage, gehalten in der Sitzung der medic. Gesellschaft zu Magdeburg am 12. Dec. 1898.

der mitgetheilte Fall, der trotz zeitweise sehr lebhafter renaler Blutung bei abwartender Behandlung nach 25 Tagen in glatte Genesung ausging.

Auch die Wanderniere hat leider Anlass zur primären Nephrektomie gegeben. Dass man eine solche entfernt, wenn sie der Sitz einer malignen Neubildung geworden ist, ist selbstverständlich, aber nur unter dieser Bedingung ist ihre Fortnahme erlaubt. Hier beherrscht eben das Neoplasma die Situation, nicht die Lageveränderung des Organs.

Hat sich in einer sonst gesunden Wanderniere eine Hydronephrose entwickelt, so ist die Nephrotomie indicirt; ist die dislocirte Niere steinkrank, so soll die Nephrolithotomie gemacht werden.

Für durchaus unerlaubt und für eine bedauerliche Verirrung aber muss es erklärt werden, eine gesunde oder wenig veränderte Wanderniere zu exstirpiren, wie das leider geschehen ist. Die übergrosse Zahl dieser Lageveränderungen verursacht so geringe Beschwerden, dass eine besondere Behandlung kaum nöthig ist, meist reicht eine gut sitzende Bandage zur Abhilfe vollkommen aus. In denjenigen Fällen, die als Theilerscheinung einer allgemeinen Enteroptose in Folge von Fettschwund angesprochen werden müssen, wird ausserdem eine angemessene diätetische Behandlung am Platze sein.

Immerhin bleibt eine gewisse Zahl von Wandernieren übrig, die so bedeutende Beschwerden verursachen, dass der Lebensgenuss gestört, die psychische Stimmung gedrückt und die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt oder gar aufgehoben wird. Diese Fälle verlangen einen operativen Eingriff, der aber nur in der Fixirung des Organs, der Nephrorrhaphie oder Nephropexie, bestehen darf und heute als ungefährlich bezeichnet werden kann. Ich selbst habe mich verhältnissmässig spät zu dieser Operation bekehrt und sie bisher nur 7 mal, einmal combinirt mit Splenoplexie, jedesmal mit glattem Verlauf und anstandsloser Genesung ausgeführt, werde mich aber bei ernsteren Beschwerden in Zukunft früher dazu entschliessen.

Zweifellos passt dieses Verfahren auch für kleinere, ganz besonders intermittirende Formen hydronephrotischer Wandernieren, die durch zeitweilige Verlegung oder Abknickung des Ureter entstehen und unter Umständen durch eine einfache Nephropexie geheilt werden können, indem durch die Hebung der Niere und ihre höhere Fixirung der Ureter gestreckt und das Hinderniss behoben wird.

Leider kann ich Ihnen über die Dauererfolge meiner Nephropexien keine erschöpfenden Mittheilungen bringen, da mir sichere Nachrichten über die älteren, ausserhalb Magdeburgs wohnenden Kranken fehlen, Operationsresultate jüngeren Datums aber nicht beweisend sind. Jedenfalls ist mir bis jetzt von Recidiven nichts bekannt geworden; einige in meiner Beobachtung stehende Kranke haben ihre Beschwerden verloren.

Erst in zweiter Linie kommt für mich die Nephrektomie in Frage bei einer Reihe von Erkrankungen, die häufig in einem aetiologischen Zusammenhange stehen, nämlich bei den Nierenciterungen, den Steinnieren und den Hydronephrosen.

Die Zeit liegt noch nicht gar lange hinter uns, da auch auf diesem Gebiet vielfach primär exstirpirt wurde. Mit der wachsenden Einsicht in die pathologischen Verhältnisse hat sich hier aber eine Wandlung nach der conservativen Seite vollzogen, die um so berechtigter ist, als man sich der Erkenntniss nicht verschliessen kann, dass die eitrigen Entzündungen sowohl, wie die Lithiasis häufig beide Nieren befallen. Man muss daher ernste Bedenken tragen, ohne zwingenden Grund funcionsfähiges Nierengewebe zu entfernen, da es nicht ohne Weiteres sicher ist, dass das Schwesterorgan für den Ausfall eintritt. Dazu kommt, dass unter solchen Umständen der Nachweis des Vorhandenseins und der Gesundheit der zweiten Niere, der zur Vornahme der Nephrektomie doch principiell gefordert werden muss, noch schwerer als sonst zu führen ist, ganz abgesehen davon, dass auch eine Hufeisenniere der Sitz eines solchen Leidens werden kann.

Derartige Erwägungen sind es gewesen, welche der Forderung, bei den eitrigen Erkrankungen der Niere und des Nierenbeckens zunächst nur die Nephrotomie zu machen, Geltung verschafft haben. Eine Reihe von Erkrankungen kommt hierdurch allein zur Heilung; bleibt dieselbe aus, so kommt die secundäre Nephrektomie in Frage. Man hat nun aber während des Wundverlaufs ein ganz bestimmtes Urtheil über die Thätigkeit der Schwesterniere gewinnen können und diese selbst hat Zeit gehabt, sich den erhöhten Anforderungen anzupassen. Die Gefahren einer unter solchen Verhältnissen unternommenen Nierenexstirpation sind nicht als erhebliche zu bezeichnen.

Diese Gesichtspunkte sind für mich bei der Behandlung der Niereneiterungen bestimmend gewesen. Unter 14 aus dieser Indication angeführten Nephrotomien habe ich in 2 Fällen, bei einer 31 jährigen und bei einer 21 jährigen Frau nachträglich die erkrankte Niere fortnehmen müssen. Beide Kranke sind rasch und glatt gesund geworden und geblieben; die erstere hat 4 Jahre nach der Operation ein normales Wochenbett durchgemacht. In beiden Fällen wies die mikroskopische Untersuchung Tuberculose als Ursache der Erkrankung nach.

Von den übrigen 12 Kranken sind 7 ganz glatt geheilt, während bei den restirenden 5 die Genesung erst nach mehrfachen Nachoperationen hat erreicht werden können.

Eine Ausnahme erleiden diese besprochenen Regeln nur dann, wenn die Niere entweder von multiplen Abscessen durchsetzt, oder in einen grossen Eitersack verwandelt oder vollständig in einem bindegewebigen Schrumpfungsprocess zu Grunde gegangen ist. Durch einen derartigen Befund wird bei quantitativ genügender Urinmenge der Beweis geliefert, dass auch bisher die Hauptarbeit von der andern Niere gethan ist, und das erkrankte Organ kann desshalb unbedenklich entfernt waren.

Der Zukunft muss die Entscheidung vorbehalten bleiben, ob die primäre Nephrektomie eine erweiterte Anwendung bei derjenigen Gruppe von Niereneiterungen erfahren darf, die auf dem Boden der Tuberculose entstehen. Für mich sind auch hierbei im Allgemeinen die gleichen Grundsätze, wie bei den reinen Eitererkrankungen maassgebend gewesen.

Verhältnissmässig spät erst hat ja die Exstirpation des Organs bei Tuberculose Eingang gefunden. Noch im Jahre 1885 urtheilt Albert folgendermaassen darüber ab: «Der Nephrektomie bei Nierentuberculose erwähne ich zum Schluss als einer warnenden Verirrung der Zeit. Es haben sich Menschen gefunden, diese Operation auszuführen, und ein Fall soll von Erfolg begleitet gewesen sein.»

Albert selbst hat in der Folge dieses harte, ironisirende Verdammungsurtheil nicht aufrecht erhalten können; denn nach den Befunden des Sectionstisches wie nach den Erfahrungen der operativen Chirurgie sehen wir uns zu der Annahme gezwungen, dass es eine primäre Tuberculose einer einzelnen Niere gibt. Um aber die Exstirpation einer solchen zu rechtfertigen, muss der Nachweis gefordert werden, dass sie das allein oder vorwiegend erkrankte Organ ist, dass jedenfalls tuberculöse Herde an anderen Stellen des Körpers eine untergeordnete Rolle spielen und selbstredend, dass die Schwesterniere gesund und leistungsfähig ist. Dass nach einer unter Erfüllung dieser Vorbedingungen unternommenen Nephrektomie die Gesundheit dauernd oder wenigstens auf Jahre hinaus erhalten werden kann, ist durch einwandsfreie Erfahrungen zuverlässiger Autoren sicher gestellt. Dann aber wird die Indication die gleiche wie bei den malignen Neubildungen.

Von solchen Erwägungen bin ich in einem Falle geleitet worden, welcher von hervorragenden inneren und gynäkologischen Diagnostikern als geeignet für die Nephrektomie bezeichnet wurde, den auch ich in der gleichen Weise beurtheilte, der aber leider unglücklich verlief und den einzigen Todesfall repräsentirt, den ich im Anschluss an eine Nierenoperation zu beklagen habe. Die Beobachtung ist so merkwürdig und lehrreich, dass sie eine kurze Besprechung verdient.

Die erblich nicht belastete 30jährige Kranke hatte seit längerer Zeit, angeblich seit 8 Jahren, an einer erhöhten Mictionsfrequenz gelitten, die sich seit etwa einem halben Jahre ausserordentlich gesteigert hatte. Zuweilen trat Blut im Urin auf, auch war derselbe manchmal trübe und stark absetzend, dann wieder ganz klar. Nebenher ging eine stetige Gewichtsabnahme. Im Sediment des Urins waren von einem sichern Beobachter Tuberkelbacillen nachgewiesen. Ganz allmählich hatte sich dabei ein Tumur der rechten Bauchseite ausgebildet.

Bei der Aufnahme der gut conservirten Kranken am 22. XI. 1892 fand sich im Bereich der rechten Lungenspitze eine leichte Dämpfung und abgeschwächtes Vesiculärathmen, im Uebrigen waren Lungen und Herz gesund. — In der rechten Bauchseite unterhalb der abtastbaren Leber grosser, schwer verschiebbarer Tumor von glatter Oberfläche und fester elastischer Consistenz, der von Därmen überlagert und nicht besonders schmerzhaft ist. — Die linke Niere eben palpabel, nicht vergrössert, nicht schmerzhaft, an normaler Stelle. — Urin sehr reichlich, bis 3200 ccm in 24 Stunden, in ganz kurzen Zwichenräumen gelassen, enthält nicht unbedeutende Beimischungen von Eiter und zuweilen von Blut. Zuweilen wird aber ganz klarer, eiweissfreier, normaler Harn entleert. — Im Uebrigen sind die Organe des Unterleibs gesund, die Menstruation ist in Ordnung, ad Genitalia findet sich nichts.

Da bei der ausserordentlich sorgfältig und genau beobachteten Kranken sicher gestellt war, dass die Lungenaffection sich erst in letzter Zeit entwickelt hatte, wurde allseitig die Diagnose mit hoher Wahrscheinlichkeit auf eine primäre Tuberculose der rechten Niere gestellt. Da die linke Niere in normaler Grösse an ihrem normalen Platze gefühlt und zuweilen ganz gesunder Urin entleert wurde, so wurde angenommen, dass der letztere von der linken Niere geliefert und diese selbst gesund und leistungsfähig sei; ein verhängnissvoller Irrthum, der sich schwer rächen sollte. Da ferner die fortdauernde Gewichtsabnahme wohl mit Recht als ein bedrohliches Zeichen aufgefasst werden musste, so wurde aus allen diesen Gründen die Indication zur Entfernung der rechten Niere, zu der die Kranke selbst drängte, für gegeben erachtet und die Operation nach zweitägiger Beobachtung in der Anstalt am 24. II. 1892 ausgeführt.

Dieselbe vollzog sich rasch und glatt. Von einem grossen extraperitonealen Flankenschnitt mit Zurückschiebung des Bauchfells aus war die Herausnahme des Tumors in 35 Minuten vollendet. Bis zur sorgfältigen Versorgung der grossen Wunde durch Etagennaht der Musculatur, der Fascien und der Haut und der Anlegung des Verbandes verging dann noch etwa eine halbe Stunde.

Die herausgenommene stark vergrösserte Niere zeigt glatte Oberfläche. Corticalis wie Medullaris stark verdickt und blutreich, lebhaft geröthet. In den unteren Partien der Rindenschicht und in der Marksukstanz eine Reihe haselnuss- bis taubeneigrosser käsiger Abscesse, die theilweise bis in die Papillen hinabreichen. Daneben grössere und kleinere Tuberkel. Kelche und Becken zwar etwas dicker und trüber, als normal, aber ohne erkennbare Tuberkeleinlagerungen.

Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose und wies unzweifelhafte Tuberculose nach.

Die Kranke war nach der Operation wenig angegriffen. Der Verlauf gestaltete sich in den ersten Tagen sonst zufriedenstellend, nur wollte die Urinsecretion nicht in Gang kommen. Es wurden nur etwa 120 ccm trüben, röthlich gelben, beim Stehen stark sedimentirenden Urins in 24 Stunden entleert. Bald hörte auch das auf, in der Nacht vom 4. zum 5. Tage stellte sich Somnolenz ein und Abends 6 Uhr erfolgte der Tod.

Da eine ausführliche Obduction verweigert wurde, konnte nur die Untersuchung der linken Niere vorgenommen werden, welche sich als wenig vergrössert erwies, von weicher Consistenz und knolligem Bau war und normale Farbe zeigte. Beim Durchschnitt erkennt man, dass dieselbe zum grössten Theil in eine mit gelblichem Atherombrei gefüllte Cyste mit dünner schlaffer Wandung verwandelt ist, neben der noch zwei prall gespannte, etwa wallnussgrosse Cysten mit wässrigem Inhalt vorhanden sind, der unter so hohem Druck steht, dass er sofort im Bogen herausspritzt und desshalb nicht näher untersucht werden kann. Ein dem Nierenbecken ähnliches Gebilde ist in die Atheromcyste einbezogen, die beiden andern Cysten lassen einen Ausführungsgang nicht erkennen.

Nach diesem Befunde ist es klar, dass die tuberculös erkrankte Niere ziemlich allein die uropoëtische Thätigkeit übernommen hatte, und ich würde die Kranke, wenn das vorher zu erkennen gewesen wäre, natürlich nicht operirt haben. Ich muss es Ihrem Urtheil überlassen, m. H., ob Sie mich und die übrigen ärztlichen Berather der Patientin für den Irrthum in der Diagnose verantwortlich machen wollen, der den traurigen Ausgang verschuldet hat. Jedenfalls lagen hier Verhältnisse vor, wie sie nach dem bisher in der Literatur niedergelegten Beobachtungsmaterial glücklicherweise nur selten vorkommen und vielleicht einzig dastehen, und es muss die Coincidenz eines tuberculösen Tumors der rechten mit einer cystischen Degeneration der linken Niere umsomehr als ein besonderes Missgeschick bezeichnet werden, als das Atherom der Niere überhaupt ein seltenes Vorkommniss ist. Auch unter den heutigen Hilfsmitteln der Diagnostik würde allein die lumbale Freilegung der Niere, die eine genaue Untersuchung gestattet, im Stande sein, einen solchen Irrthum sicher auszuschliessen, und gerade der mitgetheilte Fall hat mir die Vortheile dieser einfachen diagnostischen Operation in besonders hellem Lichte erscheinen lassen.

Wie segensreiche Wirkungen die Entfernung der tuberculös erkrankten Niere sonst zu entfalten im Stande ist, lehren die beiden schon bei den Eiterungen berührten Fälle von secundärer Nephrektomie, bei welchen das Mikroskop gleichfalls Tuberculose als Krankheitsursache feststellte. (Schluss folgt.)

Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Kiel.

Zur klinischen Bedeutung der chorioepithelialen Neubildungen.

Von Dr. *J. Anders.*

Die erste Arbeit Marchand's [1] über die sog. «decidualen» Geschwülste hatte zunächst eine ausserordentliche Klärung der Anschauungen zur Folge. Die meisten Pathologen und Gynäkologen schlossen sich, soweit, resp. sobald es ihnen nach eigener Erfahrung möglich war, seiner Auffassung an, nach welcher diese seltenen Tumoren von den 2 Zellarten, welche den Ueberzug der Chorionzotten bilden, dem Syncytium und der Langhans'schen Zellschicht, ihren Ausgangspunkt nehmen. Nur vereinzelte Autoren sind bei ihrer früher gebildeten Meinung bisher stehen geblieben. Es sind dann eine Anzahl von einzelnen Fällen mit genauen Untersuchungsresultaten veröffentlicht, welche im Allgemeinen als eine Bestätigung der Marchand'schen Ansicht dienen können. Daneben hat sich aber auch das bestätigt, was man nach Vergleich früherer, unvollständig untersuchter Fälle schon vorher anzunehmen geneigt war, dass die hierher zu rechnenden Processe sowohl in ihrem anatomischen Verhalten wie in ihrem klinischen Bilde doch recht erhebliche Verschiedenheiten darbieten können. Bezüglich des ersten Punktes kommt Marchand [2] in seiner letzten Arbeit zu dem Resultat, dass 2 Arten von chorioepithelialen Tumoren zu unterscheiden sind, eine, bei der der Typus der Zellen erhalten ist, also Abkömmlinge des Syncytiums von denen der Langhans'schen Zellschicht im Allgemeinen gut zu unterscheiden sind, und eine zweite, bei der dieser Unterschied wegfällt. Diese zweite Art soll vorwiegend destruirenden Charakter haben.

Inwieweit die im klinischen Bilde auftretenden, aus dem ungleichen anatomischen Verhalten zu erklärenden Verschiedenheiten für Diagnose und Prognose von Bedeutung sein können, das mögen die beiden folgenden Fälle illustriren helfen.

Fall 1. M. J., 41 Jahre, Hebamme, als Kind einmal an Gelenkrheumatismus erkrankt, seit 1882 verheirathet, hat 6 mal spontan geboren, zuletzt vor 2½ Jahren, Wochenbetten waren angeblich normal. Menstruation regelmässig bis August 1896, Mitte November mässige Blutung, Ende December Abort unter starkem Blutverlust; nach 4wöchentlicher Bettruhe Wohlbefinden. Ende März stellte sich die Regel unter starkem Blutverlust wieder ein, von dieser Zeit ab traten unregelmässig alle 14 Tage bis 3 Wochen Blutungen auf, die nach eintägiger Bettruhe gewöhnlich aufhörten. Um den 18. November 1897 starke Blutung, die sich nach 2 Tagen wiederholte, so dass der Arzt tamponirte. Seit 14 Tagen ziehende, anfallsweise auftretende Schmerzen im Rücken. Aufnahme am 22. XI. 1897.

Status: Sehr anaemische und (im letzten halben Jahr) stark abgemagerte Frau.

Systolisches Geräusch über der Herzspitze, zweiter Pulmonalton klappend, Verbreiterung der Herzens nach rechts. Klagen über Luftmangel seit einem Jahr. Lungen ohne Befund.

Es besteht starker Blutabgang aus dem Uterus, so dass Cervix- und Scheidentamponade nöthig wird. Abendliche Temperatursteigerungen bis 38,0°. Ueber der Symphyse fühlt man einen prallelastischen Tumor mit glatter Oberfläche, durch die man namentlich vorn festere Partien durchfühlen kann. Der Tumor reicht bis fingerbreit unter den Nabel; ist im Ganzen frei beweglich, die Portio bewegt sich dabei stets mit. Diese ist glatt, kurz und geht direct in den Tumor über.

Am unteren Ende der vorderen Vaginalwand, dicht der Urethra anliegend, die Schleimhaut breit vorwölbend, findet sich ein kleinapfelgrosser, ziemlich harter, eben noch verschieblicher Tumor, mit zerklüfteter, aber nicht ulcerirter Oberfläche, die nahe der Urethralmündung weisslichgelblich verfärbt ist, während namentlich an der oberen Grenze der Geschwulst stark erweiterte Venen durch die Schleimhaut hindurchschimmern.

27. XI. Aethernarkose. Ein Versuch, den Scheidentumor zu exstirpiren, wird aufgegeben, weil sich nach Umschneidung desselben auf der rechten Seite herausstellt, dass sich Geschwulstmassen strangförmig weit in das Parametrium hinauf erstrecken.

Die durchschnittenen Venen sind stark erweitert, theilweise thrombosirt. Verschluss der Schnittwunde durch Catgutnaht.

Eine Sondirung des Uterus ergibt, dass die Sonde in demselben völlig verschwindet. Man stösst überall auf weiche Massen, ohne in eine grössere Höhlung zu kommen. Dilatation der Cervix bis Hegar 25. Mit stumpfer Curette wird zunächst massenhaft altes, geronnenes Blut entfernt. Dann kommt man in ein weiches, brüchiges Gewebe, von dem mit Curette und Polypenzangen grosse Mengen ausgeräumt werden. Die Digitaluntersuchung zeigt, dass der vorderen und oberen Uteruswand ein Tumor umschrieben aufsitzt, dessen Theile sich oben leicht abbröckeln lassen. Die hintere Wand und die ganze Gegend über dem inneren Muttermund ist frei

Möglichst gründliche Entfernung der Tumormasse, Ausspülung des Uterus, Jodoformgazetamponade des Uterus und der Scheide. Die Blutung beim Ausräumen war nur gering.

30. XI. Wird die Tamponade wegen Ansteigen der Temperatur auf 38,8° herausgenommen. Es bleibt ein reichlicher, seröser, leicht blutig gefärbter Ausfluss bestehen bei subfebriler Temperatur.

5. XII. Ansteigen der Temperatur, Ausfluss riechend. Vaginalwunde klaffend, leicht belegt. Uterus in Höhe des Promontoriums, fest contrahirt, Muttermund geschlossen. Wegen grosser Schwäche der Patientin nähere Untersuchung nicht möglich.

Unter anhaltendem Fieber fortschreitender Verfall, 19. XII. Morgens 3 Uhr Exitus.

Die am selben Morgen im hiesigen pathologischen Institut ausgeführte Section (Geheimrath Heller) ergibt:

In der Bauchhöhle wenig Tropfen klaren Serums, Peritoneum blass, an den Dünndarmschlingen etwas matt, am Peritoneum des S romanum 3 mohnkern- bis hirsekorngrosse weissliche, an der Oberfläche zottig aussehende Knötchen.

Beide Lungen frei. In der rechten Pleurahöhle 300 ccm trüber, mit Fibrinflocken gemischter Flüssigkeit, in der linken 40 ccm. An beiden Lungen Emphysem und Oedem, dazu massenhafte kleine haemorrhagische Infarcte (Geschwulstembolien).

Am Herzen fettige Degeneration des Herzfleisches, frische Endocarditis der Aorten- und Mitralklappen (wahrscheinlich auf alten Veränderungen).

Der Uterus über faustgross, misst vom äusseren Muttermund bis zum Fundus 14½ cm, der Cervix 5 cm. Die Höhle des Uterus ist weit, ausgefüllt von einer von der vorderen Wand ausgehenden, an der Oberfläche schmutzig gelblich-grünlichen, unregelmässig durch tiefere und flachere Furchen zerklüfteten Geschwulstmasse. Die Wand des Uterus hinten bis 17 mm, im Fundus bis 13 mm, im Bereich der Geschwulst bis 3,7 cm dick, im Ganzen blassgelblich, stellenweise röthlich gescheckt. Die Geschwulst ist nicht ganz scharf gegen die Musculatur abgegrenzt, an der ungefähren Grenze sind die Gefässe stärker erweitert, an einzelnen Stellen scheinen in ihnen lockere, weissliche Massen zu stecken. Die Geschwulst ist auf dem Durchschnitt sehr bunt, blasser und dunkler grauroth, ziemlich locker, ihre Oberfläche haemorrhagisch infiltrirt und etwa 3 mm tief missfarbig.

Die Vagina zeigt an der Vorderwand, dem Gebiet der Urethra entsprechend, eine ziemlich starke Vorwölbung in der Länge von 4½ cm, links von derselben finden sich mehrere kleine Substanzverluste, welche in einen unregelmässig geformten, submucösen Raum führen, an einer Stelle ragt ein hanfkorngrosser Varix hervor. Auf dem Längsschnitt findet sich submucös ein bis 4,7 cm langer, bis 2,8 cm dicker Tumor vor mit blassgraurother, theils hellerer, theils dunklerer, zum Theil haemorrhagisch-infiltrirter Schnittfläche. Seine oberen, der submucösen Höhle entsprechenden Schichten zeigen lockeren Zerfall.

Rings um den unteren Abschnitt der Blase sind die Venen sehr weit, geschlängelt und mit blassgraurothlichen und dunkelrothen Pfröpfen prall gefüllt. Rechts vor der Urethra ein etwa kirschgrosser lockerer Tumor, der auf dem Durchschnitt gelblich und röthlich gefleckt erscheint.

Die Tuben sind anscheinend normal, die Venen der Ligamenta lata sehr weit, grösstentheils prall mit dunklen rothen und blassen gelben Pfröpfen gefüllt.

Das linke Ovarium ist 4 cm lang, 2,3 cm hoch, 1½ cm dick, zeigt an der Oberfläche ein gelbliches, hirsekorngrosses Knötchen. Das rechte Ovarium enthält 2 kirschgrosse Cysten.

In den Beckenvenen und der Vena cava inferior ausgedehnte Thromben. Derbe Milzschwellung, Trübung der Nieren, starke Induration der Leber.

Von einer ausführlichen Wiedergabe der bei der mikroskopischen Untersuchung gewonnenen Resultate kann hier abgesehen werden, da Schnitte aus dem Uterustumor, der Scheidenmetastase, von thrombosirten Venen im Septum vesicovaginale, von den haemorrhagischen Lungeninfarcten Bilder ergeben, die ganz der Beschreibung Marchand's in seiner ersten Arbeit entsprechen.

Die Anamnese unseres Falles zusammen mit der Geschwulstbildung in der vordern Scheidenwand musste zwar zunächst den Gedanken aufkommen lassen, dass es sich hier um eine chorioepitheliale Neubildung handeln könne, namentlich, wenn man die starke Gefässerweiterung, die bis zu einem gewissen Grade für alle diese Geschwulstbildungen aus Eitheilen charakteristisch ist, um den Scheidentumor beachtete. Der fast bis zum Nabel reichende, grosse weiche Uterus liess sich aber damit schlecht erklären und brachte uns von der richtigen Diagnose ab. Erst als sich in der Narkose herausstellte, dass der grosse Uterustumor nur durch kolossale alte Blutgerinnsel vorgetäuscht war, die sich offenbar ganz allmählich in der Uterushöhle unter Dehnung der Wand angesammelt hatten, als sich weiter der breitbasig aufsitzende, leicht bröckelnde Tumor an der vordern Gebärmutterwand constatiren liess, erst da musste man mit grösster Wahrscheinlichkeit die Diagnose auf eine Neubildung chorioepithelialen Charakters stellen. Die Untersuchung der bei Ausräumung des Uterus gewonnenen Partikel brachte denn auch alsbald die Bestätigung derselben. Durch die Blutansammlungen in der Gebärmutterhöhle und den dadurch vorgetäuschten grossen, weichen Uterustumor erhält das klinische Bild unseres Falles also eine Besonderheit, durch die er sich von der grösseren Zahl der ihm dem anatomischen Charakter nach entsprechenden Fälle chorioepithelialer Neubildung allerdings nur äusserlich erheblich unterscheidet.

Da die Metastasenbildung sich soweit in das Parametrium hinauf erstreckte, so wurde der Gedanke einer Radicaloperation als unausführbar aufgegeben. Zur Zeit wäre eine solche für die Kranke, die durch die starken Blutverluste schon ganz ausserordentlich geschwächt war, ein zu schwerer Eingriff geworden.

Hätte sie sich unter der Krankenhauspflege erholt, so hätte man vielleicht in nächster Zeit noch an die Ausführung der Operation denken können.

Ich möchte hier zum Beispiel auf eine Bemerkung Marchand's über den zweiten der 1895 von ihm veröffentlichten Fälle aufmerksam machen. An dem hier durch Totalexstirpation des Uterus gewonnenen Präparat fand sich im Ligamentum latum eine thrombosirte Vene durchschnitten und der Thrombus von Geschwulstmassen durchsetzt. Ein Theil dieser war also wahrscheinlich zurückgeblieben, und trotzdem blieb die Frau gesund. Es ist dies vielleicht aus einer bemerkenswerthen Besonderheit der vorliegenden Geschwulstform zu erklären. Die Zellen der Neubildung haben bekanntlich eine sehr grosse Neigung abzusterben, namentlich wenn sie in der Blutbahn in Thromben eingeschlossen liegen. Waren in der zurückgebliebenen Vene nur solche im Absterben begriffene Geschwulstzellen vorhanden, so ist es verständlich, dass von diesen keine weitere Entwicklung der Neubildung erfolgt.

Während also bei einem gewöhnlichen Uteruscarcinom nur dann eine völlige Heilung erwartet werden darf, wenn alle Geschwulstpartikel entfernt sind, kann sie bei der in Rede stehenden Art der Neubildung eintreten, selbst wenn Theile der letzteren, nämlich solche in Degeneration begriffene Geschwulstzellen, zurückbleiben. Freilich lässt sich im concreten Fall nicht gleich feststellen, ob es sich um solche handelt, es kommt hier auf den Versuch an; bei dem sonst so traurigen Schicksal der Kranken ist derselbe aber durchaus gerechtfertigt, und es sind desshalb die Grenzen der Operabilität hier jedenfalls viel weiter hinauszuschieben als bei den gewöhnlichen Uteruscarcinomen.

Bei unserer Kranken wurde durch die frische Endocarditis, die sich wahrscheinlich auf dem Boden alter Klappenveränderungen entwickelte, leider ein weiteres Eingreifen vereitelt.

Eine genauere Untersuchung der bei der Section mit Thromben gefüllten Beckenvenen war mir leider aus äusseren Gründen nicht mehr möglich. Es wäre sonst vielleicht von Interesse gewesen, zu constatiren, wie weit man in ihnen Geschwulstmassen vorgefunden hätte.

Der zweite in der hiesigen Frauenklinik zur Beobachtung gekommene Fall weicht soweit von der Hauptmasse der sonst mitgetheilten ab, dass ich glaubte, auch die Resultate der histologischen Untersuchung genauer wiedergeben zu müssen.

Fall 2: A. W., Dienstmädchen, 25 J., früher gesund, hat einmal geboren, 1893. Seit der Zeit bestanden Schmerzen in der rechten Bauchseite und im Kreuz und ziemlich starker Fluor albus. Die Menstruation blieb regelmässig bis Mitte October 1897. Vom 8. November bis 10. December hatte Patientin eine ziemlich starke Blutung. Vom 23. December bis 13. Januar 1898 eine zweite, die

besonders stark am 31. December war (als «Blutsturz» bezeichnet). Am 13. Februar begann eine neue Blutung, die am 17. und 19. Februar besonders erheblich war, und bis zur Aufnahme anhielt. Ueber die Natur des abgegangenen Blutes war auch von dem behandelnden Arzt nichts zu ermitteln gewesen. Criminneller Abort schien ausgeschlossen. Die Kranke wurde allmählich sehr schwach, in letzter Zeit bestanden Kopfschmerzen und seit 14 Tagen Schmerzen am Mastdarm, namentlich beim Stuhlgang.

Bei der Aufnahme am 5. März 1898 finden sich bei der Kranken die Zeichen einer starken Anaemie und einer umschriebenen Beckenperitonitis (Temperatursteigerung, Schmerzen in beiden Hypogastrien, im Kreuz und im Mastdarm), dazu ein blutigmissfarbiger, übelriechender Ausfluss aus der Scheide.

Bei einer Untersuchung mit dem Speculum sieht man eine Vorwölbung des hinteren Scheidengewölbes, die hintere Muttermundslippe erscheint verbreitert, ca. 3 cm hinter dem Muttermund findet sich ein etwa markstückgrosser Substanzverlust mit unterminirten Rändern, in dessen Grunde dunkelmissfarbiges, nekrotisches Gewebe blossliegt. Die Umgebung ist entzündlich infiltrirt, schmerzhaft. Eine genauere Untersuchung ist ohne Narkose nicht möglich.

Die Temperatur steigt an den nächsten Abenden unter Frost und Erbrechen bis 40,9° und 41,2°.

9. III. Wird eine Untersuchung in Narkose vorgenommmen. Dabei stellt sich heraus, dass der vorher bemerkte Substanzverlust die Perforationsöffnung einer hinter dem Cervix und im oberen Septum retrovaginale gelegenen, etwa gänseeigrossen Geschwulst ist. Denn bei dem Versuch, zunächst den scheinbaren Geschwürsgrund mit dem Paquelin zu verschorfen und so zu desinficiren, fällt man mit dem Instrument in eine weiche Masse hinein. Dieselbe lässt sich mit dem Finger und der stumpfen Curette leicht ausräumen und besteht zum grossen Theil aus alten Blutgerinnseln, zwischen denen sich grössere und kleinere gestielte Bläschen und häutige Gebilde finden.

Die hintere Wand des Cervicalcanals ist so verdünnt und nachgiebig, dass sie perforirt wird, so dass nach Durchtrennung der hinteren Muttermundslippe der Cervicalcanal und die Höhle hinter ihm einen einzigen nach unten breit offenen Hohlraum bilden.

Aus der retrocervicalen Höhle erfolgt eine so profuse Blutung, dass zunächst von einem radicaleren Vorgehen völlig Abstand genommen und die Wunde schleunigst mit Jodoformgaze tamponirt werden muss, worauf die Blutung steht.

Der Uterus findet sich mässig vergrössert, sehr weich und dehnbar, Sondenlänge 12 cm. Nach Dilatation des inneren Muttermundes zeigt eine Austastung der Uterushöhle eine glatte Innenfläche. Es wird nun auch der Uterus tamponirt.

In den nächsten Tagen breitet sich die Peritonitis weiter aus, am 14. III., Abends 9 Uhr, erfolgt der Exitus der Kranken. Am nächsten Morgen erfolgt die Section im pathologischen Institut: diffuse eitrige Peritonitis.

Der Uterus ist wenig vergrössert, weich, seine Oberfläche von fibrinös-eitrigen Belägen bedeckt. Die beiden Tuben und Ovarien sind in diese mit eingebacken. Die Portio ist nach dem hinteren Scheidengewölbe stark zerklüftet, schmutzigbraun verfärbt.

Der Uterus wird vorn in der Mittellinie aufgeschnitten und zeigt sich nun von einer pyogenen Membran ausgekleidet, die Innenfläche ist glatt bis auf eine 2 cm unter der Tubenmündung an der rechten Uteruskante sitzenden, fast erbsengrossen Auflagerung. Die Uteruswand ist blass, gleichmässig gefärbt. Die Cervix geht in eine hühnereigrosse hinter ihm gelegene Wundhöhle ohne scharfe Grenze über. Die Höhle ist unregelmässig buchtig, von der Wand ragen grössere und kleinere Gewebsfetzen in sie herein. Die Wand ist aus nekrotischem, schwarzbraun verfärbtem Gewebe gebildet, in dem man noch einzelne Blutungen und kleinere Eiterherde erkennen kann. Nach den Parametrien hin, namentlich nach rechts, reichen die Blutungen und Thrombosen der stark erweiterten Venen bis an den Rand des Präparates (ca. 3 cm tief).

Das Peritoneum im Douglas'schen Raum zeigt über der retrocervicalen Höhle eine umschriebene Nekrose, ist aber nicht perforirt. Die rechte Tube ist obliterirt, zeigt einen mässigen Hydrops, in der linken besteht eine frische eitrige Entzündung.

Ausserdem besteht eine frische Milzschwellung, eine Anaemie und starke Trübung der Nieren, Anaemie der Leber, des Gehirns, bronchopneumonische Herde beider Lungen.

Die bei Ausräumung der Höhle gewonnenen Bläschen und häutigen Gebilde erwiesen sich bei der mikroskopischen Untersuchung als veränderte Chorionzotten.

Das Stroma der Zotten ist gefässlos, besteht aus einem zarten Bindegewebe mit zerstreuten spindel- und sternförmigen Zellen. Im Centrum der Zotten finden sich mehr oder weniger grosse, mit amorphen Massen theilweise ausgefüllte Hohlräume. Bei den etwas grösseren, bläschenförmig aufgetriebenen Zotten nehmen diese Hohlräume fast den ganzen Theil der Zotte ein, nur in der Peripherie ist ein schmaler Bindegewebssaum erhalten, bei anderen, zerrissenen Bläschen ist die Flüssigkeit im Innern derselben ausgelaufen, und statt dieser von aussen vielfach Blut eingedrungen oder die Bläschen sind zusammengefallen.

An dem zelligen Ueberzug der Zotten sind die zwei Schichten der Langhans'schen Zellen und des Syncytium zu unterscheiden. Dieselben bilden theilweise nur eine doppelte Zellreihe, an anderen Stellen, und zwar nicht nur an den Zottenenden, bilden die Langhans'schen Zellen grössere Haufen oder eine mehrfache Zellreihe mit allerdings nicht sehr häufigen Mitosen. Das Syncytium überzieht diese Zellen als eine zusammenhängende Protoplasmamasse, die stellenweise zahlreiche zapfen-, kolben- oder bandartige Fortsätze mit reichlichen dunklen Kernen bildet. Das dunkle Protoplasma zeigt kleinste und auch grössere Vacuolen, an einzelnen Stellen Borstenbesatz. Dort, wo das Syncytium besonders stark entwickelt ist, sieht man auch, wie es sich nach der Peripherie hin in grosse Zellen mit grossen, dunklen Kernen, dunklem, vacuolenbildendem Protoplasma und deutlicher Zellgrenze auflöst.

Was von Neumann als ein Zeichen maligner Degeneration der Zotten angesehen wird, ein Eindringen des Zellbelags der Zotten in das Stroma derselben, konnte im vorliegenden Fall nicht nachgewiesen werden. Eine Betrachtung von Schnittserien ergab immer, dass an Stellen, an denen Zellhaufen des epithelialen Ueberzuges mitten im Stroma zu liegen schienen, seitliche Einbuchtungen der unregelmässig collabirten Zotten tangential getroffen waren. Auch einzelne Zellen, die als Abkömmlinge des Epithels hätten angesprochen werden müssen, fanden sich nicht.

Aus dem Uterus wurde ein fingerbreiter Streifen der rechten Seitenkante herausgeschnitten, in Formalin fixirt und es wurden dann in verschiedener Höhe Querschnitte durch die ganze Wanddicke angefertigt.

An diesen zeigt sich die Schleimhaut grösstentheils zerstört, in kleineren Bezirken ist sie erhalten, im Zustande der Regeneration. Das Oberflächenepithel fehlt, die oberen Stromaschichten sind stark mit Eiterkörperchen durchsetzt, die tieferen in geringerem Grade, in der Tiefe finden sich normale Drüsenschläuche mit nach oben hin flacher werdendem Epithel. Dort, wo die Schleimhaut fehlt, ist die Musculatur nur von einer dünnen Lage Fibrin bedeckt, die obersten Muskelbündel sind nekrotisch, ohne Kerne, die darauf folgenden von Leukocyten durchsetzt.

Die kleine Auflagerung, die sich auf erhaltener Schleimhaut befindet, enthält eine abgestorbene Zotte, die eingelagert ist in Fibrin und schollige Massen, die aus dem degenerirten Zellbelag der Zotten entstanden zu sein scheinen. Reste dieses Zellbelags finden sich in der Nähe der Zotte noch besser erhalten und zeigen noch Kernfärbung. An einigen Schnitten (namentlich an Giesonpräparaten an der Rothfärbung des Zottenstromas leicht zu erkennen), kann man einen Zottenausläufer in der darunterliegenden Schleimhaut sehen und in der Umgebung desselben, bis in die Musculatur hinein zu verfolgen, zerstreut in den Spalten des Gewebes liegend, grosse, protoplasmareiche Zellen, mit einem oder mehreren sehr grossen, unregelmässig gestalteten Kernen, deren Protoplasma feine Vacuolen zeigt, die ich darnach für Abkömmlinge des Syncytium halten zu müssen glaube.

In der Uteruswand finden sich in 2 erweiterten Venen Zottenstücke, die das ganze Lumen ausfüllen, übrigens, wie Schnittserien zeigen, untereinander und mit der obenerwähnten Zotte in keinem Zusammenhang stehend. Das Zottenbindegewebe bildet eine fast homogene Masse, die Stromazellen sind im Zustande der Degeneration, ihre Kerne diffus und nur noch ganz blass gefärbt, die zellige Bekleidung der Zotten ist ebenfalls zum grössten Theil der Nekrose verfallen und bildet eine fast amorphe Masse (durch Gieson gelblich gefärbt), in der nur einzelne blass gefärbte Kerne noch zu erkennen sind. Dieser Masse sitzen theilweise noch grosse vielgestaltige Zellen mit dunklem, oft von feinen Vacuolen durchsetztem Protoplasma und grossen, unregelmässigen, dunklen Kernen auf. Anscheinend also Abkömmlinge des Syncytiums. Diese Zellen finden sich auch in die Wand der Venen eingedrungen und weiterhin in den Gewebsspalten der nächsten Umgebung verstreut.

In tieferen Abschnitten der Uteruswand enthalten die erweiterten Venen an der Uteruskante wieder halb abgestorbene Zotten, deren Syncytiumbelag stark gewuchert ist und in die Venenwand und das umgebende Gewebe eindringt. Andere Venen enthalten neben Blut nur noch die oben beschriebenen syncytialen

Zellmassen. Auch diese sind zu einem sehr grossen Theil im Zustand der Degeneration, die Kerne unregelmässig geschrumpft, theils nur noch ganz blass gefärbt, theils völlig fehlend.

Dem Zottenstroma sitzen diese syncytialen Zellmassen vielfach unmittelbar auf. (Auch Marchand bemerkt dies in seiner letzten Arbeit von einer in einer Vene sich findenden Zotte.) Reste der Langhans'schen Zellschicht finden sich an diesen innerhalb der Venen liegenden Zotten überhaupt nicht mehr erkennbar.

Schnitte durch die Wand der Wundhöhle zeigen am weitesten nach innen eine Schicht nekrotischen Gewebes, dann folgt eine Schicht grosser Blut- und Fibringerinnsel, theils von Eiterkörperchen, theils von grossen syncytialen Zellmassen durchsetzt, dazwischen nur schmale Bindegewebszüge erhalten, dann folgt eine Schicht mehr normalen Bindegewebes, das aber immer noch zahlreiche stark gefüllte Venen und kleine Haemorrhagien enthält. Nach aussen hin nimmt das Lumen der Venen im Allgemeinen allmählich ab, die Haemorrhagien hören auf. Von den Blutherden aus lassen sich die syncytialen Zellen in den Gewebsspalten bis in die Wand und in das Lumen der nächstliegenden weiten Venen leicht verfolgen.

Man sieht z. B. an der der Höhle zugekehrten Seite dieser Venen das Endothel durch jene Zellen von der Venenwand abgehoben, die syncytialen Zellen liegen dann auch schon in kleinen Haufen an dieser Seite dem Endothel auf, während die gegenüberliegende Venenwand noch völlig intact erscheint.

Im vorliegenden Fall war aus der Anamnese und dem Befund, soweit er sich ohne Narkose aufnehmen liess, ein Anhaltspunkt für die Diagnose zunächst überhaupt nicht zu gewinnen. Ob ein Abort vorangegangen war, hatte auch der behandelnde Arzt nicht ermitteln können, und wir konnten eben nur eine entzündliche Erkrankung im kleinen Becken und eine eigenthümliche nomaartige Geschwürsbildung im hinteren Scheidengewölbe constatiren. Als sich dann in der Narkose die bläschenförmig aufgetriebenen Zotten in der retrocervicalen Höhle fanden, da war wenigstens das sichergestellt, dass es sich hier um ein Schwangerschaftsproduct handelte. Uterus und Tuben waren dabei anscheinend frei.

Eine wirkliche Aufklärung des Befundes war hier aber erst nach der histologischen Untersuchung möglich. Aus dieser ergibt sich als primärer Sitz des Eies der Uterus. Ob schon in ihm eine Degeneration der Chorionzotten im Sinne einer Blasenmole vorgelegen hat, ist nicht mehr sicher festzustellen, aber wahrscheinlich, namentlich, da wir Zottenreste so tief in die Uteruswand eingedrungen finden, wie es sonst bei Blasenmolen beobachet werden kann. Die Geschwulst hinter der Cervix, im oberen Theil des Septum rectovaginale ist zum grösseren Theil von Blutgerinnseln, zum kleineren von myxomatös degenerirten Chorionzotten gebildet, die hierher gelangt sind auf dem Venenwege, entweder durch directes Weiterwachsen in diesen, oder durch Fortschleppung mit dem Blut.

An der neuen Stelle sind dann die Zotten zunächst im Ganzen weitergewachsen und theilweise bis zu fast bohnengrossen Bläschen aufgequollen, dann aber hat sich der zellige Ueberzug isolirt und zwar anscheinend nur die syncytialen Elemente desselben und diese sind dann allein in stärkerem Grade fortgewuchert. Sie führen zwar nicht zur Entstehung eines grösseren Tumors, wenigstens wird ein solcher nur durch Haemorrhagien vorgetäuscht, aber man kann doch von einer Neubildung sprechen, und zwar würden wir sie zu der von Marchand unterschiedenen zweiten, destruirenden Form syncytialer Neubildungen rechnen, während unser erster Fall der ersten Form Marchand's zuzuzählen wäre, zu der die grosse Mehrzahl der bisher bekannt gegebenen chorioepithelialen Neubildungen gehört, insbesondere auch alle die Fälle von sogenannten malignen Deciduom.

Was in dem klinischen Bild unseres zweiten Falles als besonders bemerkenswerth hervorgehoben werden muss, das sind einmal die kolossalen Blutungen, dann der spontane Ausgang in Sepsis. Die den von reichlichen Blutungen durchsetzten Geschwulstherd bedeckende Scheidenwand wurde bei der weiteren Ausdehnung jenes perforirt, damit Bacterien eine Eingangspforte eröffnet, die dann eine Gangraen in der Neubildung herbeiführten, welche, im Gewebe fortschreitend, auf das Peritoneum übergriff.

Schon wegen der enormen Blutung verbot sich bei unserer Kranken ein radicales Operiren, ausserdem war ein solches zu der Zeit, als die Aufnahme in die Klinik erfolgte, auch wegen der örtlichen Gangraen und der schon bestehenden Beckenperitonitis ausgeschlossen. In ganz ähnlicher Weise verliefen die beiden dem unseren entsprechenden Fälle, die bis jetzt mitgetheilt sind, Fall 2 von Apfelstedt und Aschoff [3] und Fall 2 in der zweiten Arbeit von Marchand [2]; in beiden war eine Blasenmole der Ausgangspunkt der Erkrankung, in beiden erfolgte der Tod an Verblutung und Sepsis resp. Pyaemie.

Der Fall von Apfelstedt und Aschoff war nicht mehr operabel, als er zur Beobachtung kam, bei dem Fall von Marchand wurde nach Spontanausstossung der Mole wegen neuer Blutung zwar einmal ein Curettement vorgenommen, die gewonnenen Massen bestanden aber nur aus gesunder Schleimhaut, dann entzog sich diese Kranke der Beobachtung und war, als sie wieder in Behandlung kam, ebenfalls nicht mehr zu retten.

Danach sind diese destruirenden chorioepithelialen Neubildungen also durchaus maligner Natur. Diese Malignität äussert sich aber in wesentlich anderer Weise als bei sonstigen bösartigen Geschwülsten. Zwar finden sich in den Fällen von Marchand und Apfelstedt-Aschoff Metastasen in den verschiedenen Organen, aber auch hier treten diese im klinischen Bilde völlig zurück vor den Erscheinungen, die diesen Fällen mit dem unseren gemeinsam sind, den starken Blutungen und der Gangraen und Sepsis. Der maligne Charakter des vorliegenden Processes wird bedingt durch diese Eigenthümlichkeiten, die zwar auch bei jener ersten Form der chorioepithelialen Neubildungen gelegentlich und in geringerem Grade zu beobachten sind, die aber bei der hier vorliegenden zweiten in besonderem Maasse hervortreten und sich, wenigstens theilweise, auch aus ihrem anatomischen Verhalten erklären lassen.

Nach Allem, was man klinisch beobachten und was man aus dem mikroskopischen Bilde ersehen kann, müssen die syncytialen Zellmassen eine eigenartige Wirkung auf die Gefässe ausüben. Diese, wenigstens die Venen, finden sich in der Umgebung jener immer stark erweitert und mit Blut gefüllt. Die zunächst in einer solchen Vene liegenden Zellmassen dringen nun in die Venenwand hinein, zerstören diese, es erfolgt eine bei den prallgefüllten Gefässen besonders starke Haemorrhagie. Dabei werden die Geschwulstzellen mit fortgerissen in das Gewebe hinein, ein Theil derselben mag zu Grunde gehen, ein anderer wächst weiter, dringt von aussen gelegentlich in eine neue Vene hinein, wird dann weitergeschleppt, oder es erfolgt auch eine neue Blutung und so fort.

Durch diese Blutungen entstehen zunächst klinisch wahrnehmbare Geschwulstbildungen und liegen sie dicht unter der Oberfläche, so erfolgt bald ein Durchbruch dieser und profuse Blutungen nach aussen, die die Kranken auf's Aeusserste erschöpfen, wo nicht gar direct tödtlich für dieselben werden.

Die zweite Besonderheit dieser destruirenden syncytialen Neubildungen äussert sich darin, dass einmal die Geschwulstzellen selbst, dann aber auch das durchblutete Gewebe, in das sie eingedrungen sind, sehr bald der Nekrose anheimfallen und zwar auch in viel stärkerem Grade, als wir es schon bei der ersten Form der chorioepithelialen Neubildungen beobachten können.

Sobald in dieses reichliche todte Material dann Bacterien hineinkommen, entwickelt sich in ihm Gangraen und eine septische oder pyaemische Allgemeinerkrankung schliesst sich an.

In ähnlichen Fällen würde es also darauf ankommen, möglichst frühzeitig die Diagnose dieser bösartigen Neubildung zu stellen. In den bis jetzt bekannten ging sie von einer zunächst gutartig scheinenden Blasenmole aus. Die Mole wurde spontan ausgestossen und nachher fand sich bei den Kranken von Apfelstedt und Aschoff, und von Marchand eine maligne Geschwulstbildung im Uterus und Metastasen in der Scheidenwand und in verschiedenen Organen, bei unserer Kranken eine metastatische Neubildung im Septum rectovaginale. Nun hat Pick [4] einen Fall von gutartiger Blasenmole mit gutartiger Scheiden-

metastase, Schmorl [5] einen solchen von gutartiger Mole und maligner Metastase mitgetheilt, bei der es sich um die oben bezeichnete erste Form chorioepithelialer Tumoren handelte. Danach schliesst einmal gutartige Molenbildung keine bösartige Metastase aus (cf. dazu auch unsern Fall), weiter braucht aber auch eine klinisch wahrnehmbare Metastase bei Blasenmole nicht bösartig zu sein. Die Frage wäre demnach, woran erkennt man frühzeitig die Gutartigkeit oder Bösartigkeit einer Blasenmole und die einer Molenmetastase. Mit den klinischen Untersuchungsmethoden kommt man hier nicht aus, es muss die mikroskopische Diagnose zu Hilfe genommen werden. Unter bösartiger Blasenmole ist hier eine solche zu verstehen, von deren Elementen aus eine chorioepitheliale Neubildung im Uterus zur Entwickelung kommt.

In dem von Neumann [6] untersuchten Fall von bösartiger Blasenmole handelt es nicht um eine solche, sondern um eine, deren Malignität sich nur darin documentirt, dass sie abnorm weit in die Uteruswand hinein wächst und in Folge dessen weder spontan ausgestossen noch künstlich entfernt werden kann. Diesen Grad der Bösartigkeit glaubt Neumann aus den Zotten einmal daran erkennen zu können, dass sich grosszellige Elemente von ovaler Form, die der Epithelbekleidung entstammen sollen, im Zottenstroma vorfinden und zweitens daran, dass die von der Zellschicht abstammenden Zellherde abnorm stark von syncytialen Elementen durchwuchert sind. Wieweit sich das bestätigen wird, mag hier dahingestellt bleiben, zunächst meine ich, darf man diesen Process nicht so ohne Weiteres mit dem von uns geschilderten vergleichen, sondern muss die wesentliche Verschiedenheit beider betonen. Dort handelt es sich in der Hauptsache um ein abnormes Weiterwachsen der ganzen in ihrem Zusammenhang bleibenden Zotten, dem gegenüber sehen wir bei der chorioepithelialen Neubildung das Zottenstroma nicht betheiligt und nur die zellige Bekleidung desselben isolirt weiter wuchern und in das mütterliche Gewebe eindringen, das eine Mal wirkliche Tumoren bildend, das andere Mal das befallene Gewebe zerstörend und dabei auch selbst rasch zerfallend.

Eben darum, weil es in diesem zweiten Falle nicht zur Bildung von wirklichen Tumormassen kommt, ist hier die Diagnose so ausserordentlich schwer. Aus Befunden an den Zotten können wir sie zunächst nicht stellen, wir können nur sagen: Finden wir nach Ausstossung einer Blasenmole in der Uteruswand oder in der Wand der klinisch als Metastase erscheinenden Tumorbildung isolirte syncytiale Zellhaufen in grösserer Ausdehnung vor, so müssen wir dem vorliegenden Process den Charakter einer malignen Neubilgung zuschreiben.

In dem Falle Pick bestand die Metastase nur aus einem Blutgerinnsel, in dessen Mitte nur einige Zotten eingeschlossen waren, es handelte sich hier nicht um eine metastatische Neubildung, sondern um eine sozusagen blande Embolie von Zotten.

Solche embolische Zottenverschleppung hat zunächst auch wohl in dem Fall Apfelstedt-Aschoff und in dem unsrigen stattgefunden, die Zotten mögen durch die myxomatöse Degeneration noch an Volumen zugenommen haben, erst secundär ist dann eine maligne Wucherung der syncytialen Zellmassen erfolgt. Zur Zeit des operativen Eingriffs bestand diese jedenfalls schon bei beiden Kranken. Dass in dem ausgeschabten Material trotzdem nur Chorionzotten gefunden wurden, darf dabei kein Wunder nehmen. In den reichlich entleerten Blutgerinnseln waren die Zotten mit blossem Auge erkennbar, wurden herausgefischt und untersucht. Die mitentfernten isolirten Zellwucherungen waren so ohne weiteres nicht zu sehen, wurden desshalb mit dem Blut fortgeschafft und nicht gefunden. Bei ähnlichen solcher Fälle käme es also darauf an, einmal auch solche Blutgerinnsel, in denen mit blossem Auge nichts zu erkennen ist, namentlich aber auch Stücke aus der Wand des Uterus oder solcher Metastasenbildungen zu untersuchen. Finden sich grössere syncytiale Zellmassen, so besteht der Verdacht einer destruirenden Neubildung. Dass dabei eine einmalige Untersuchung oft nicht genügt, zeigt der Fall von Marchand.

Was uns aber bei einer solchen Blasenmole im klinischen Bilde darauf führen muss, auch nach Ausstossung scheinbar gutartiger Molen an die Eventualität einer chorioepithelialen Neubildung zu denken, das ist einmal das Auftreten von Blutungen und weiter das Fortbestehen eines serösen oder blutigserösen Ausflusses. Beides muss uns veranlassen, eine genaue Untersuchung der Kranken, eventuell ein Curettement vorzunehmen und die gewonnenen Gewebstheile zur mikroskopischen Diagnose zu verwenden. Finden sich in diesen syncytiale Zellmassen, so käme eine Totalexstirpation in Frage. Da erfahrungsmässig Blasenmolen häufig zum Ausgangspunkt dieser malignen Geschwülste werden, so wird es sich immer empfehlen, solche Fälle noch längere Zeit nach Ausstossung der Mole im Auge zu behalten, wenigstens die Kranken darauf aufmerksam zu machen, dass sie sich sofort bei Auftreten von Blutungen oder serösen Ausfluss wieder zeigen.

Finden wir eine Tumorbildung durch embolische Zottenverschleppung, wie in dem Falle Pick's, so können wir uns zunächst mit Ausschabung eines solchen Knotens begnügen. Enthält das ausgeräumte Material grössere isolirte syncytiale Zellmassen, so wäre wegen Verdachts einer malignen Neubildung die Excision der ganzen Wand einer solchen Metastase angezeigt. Nach den histologischen Befunden sind die Geschwulstzellen etwa so weit verbreitet, als die Haemorrhagien reichen, also müsste das Gewebe auch etwas über diese hinaus entfernt werden.

Literatur.

1. Marchand: Ueber die sog. «decidualen» Geschwülste etc. Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. 1895.
2. Marchand: Ueber das maligne Chorionepitheliom, nebst Mittheilung von 2 neuen Fällen. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 39, H. 2.
3. Apfelstedt und Aschoff: Ueber bösartige Tumoren der Chorionzotten. Arch. f. Gynäk. Bd. 50.
4. Pick: Von der gut- und bösartig metastasirenden Blasenmole. Berl. klin. Wochenschr. 1897, No. 49 u. 50.
5. Schmorl: Bericht über die 69. Versammlung der Naturforscher und Aerzte in Braunschweig. Centralbl. f. Gynäk. 1897, No. 40.
6. Neumann: Beitrag zur Kenntniss der Blasenmole. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. 1897, Bd. 6, H. 1.

In 1 und 2 ist die Literatur vollständig angegeben.

Ueber spontane Abreissung der Scheidengewölbe in der Geburt (Kolpaporrhexis).

Von Dr. *L. Siebourg*, Frauenarzt in Barmen.

Im Jahre 1875 hat uns Hugenberger[1]) zuerst etwas Genaueres über die Scheidenruptur in der Geburt mitgetheilt, eine ebenso gefährliche wie seltene Verletzung. Sowohl in der Literatur, als auch namentlich in unseren Lehrbüchern finden wir nur Weniges hierüber berichtet. So kommt es, dass die Kolpaporrhexis nur wenig in der allgemeinen Aerztewelt bekannt ist. Anfangs der neunziger Jahre konnte Szczotkin[2]) 80 Fälle zusammenstellen. Bis jetzt dürften etwa 90 veröffentlicht sein. Unzweifelhaft ist aber für einen grossen Theil dieser Fälle geburtshilfliches Operiren zu beschuldigen. Wenn diese auch an Bedeutung bezüglich der Gefahr und ihrer Behandlung mit den Spontanrupturen concurriren, so haben letztere doch ein ungleich grösseres Interesse für die Wissenschaft.

Ich hatte als Assistent 2 mal Gelegenheit, eine Kolpaporrhexis, wie Hugenberger die Verletzung genannt hat, mitzubehandeln.

Vor einiger Zeit konnte ich nun in eigener Praxis gemeinsam mit dem Collegen Herrn Dr. Müthler eine Spontanruptur des linken uud hinteren Scheidengewölbes in das Ligament hinein, mit Austritt des Kindes in die Bauchhöhle, beobachten.

Der Fall ist folgender:

20. VII. 1898. Frau H. aus H., 39 J. alt, hat 8 mal leicht geboren in Gegenwart nur einer Hebamme. Sie ist eine gesunde, kräftige Frau, die nie ernsthaft krank war, insbesondere keine Rhachitis durchgemacht hat. Während ihrer jetzigen Schwangerschaft bestanden kleinere Beschwerden durch einen starken Hängebauch, da sie keine Bauchbinde trug.

Seit heute Morgen 7 Uhr haben sich mittelstarke Wehen eingestellt, wobei die Kreissende umhergeht. Um 10 Uhr kam die Hebamme. Diese findet die Frau bei der Küchenarbeit. Bei der nun vorgenommenen Untersuchung soll der Muttermund etwa einmarkstückgross gewesen sein. Die Hebamme konnte angeblich eine Fontanelle fühlen. Sie rieth der Frau dringend, da sie früher

[1]) Hugenberger: Petersburger med. Zeitschr. 1875, Bd. V, H. 5 u. 6.

[2]) Lwoff: Centralbl, f. Gynäk. 1892, No. 35.

stets leicht und schnell geboren, sich zu Bett zu legen, was aber nicht geschah; auch wurde es verweigert, dass wegen des Hängebauchs eine Binde angelegt werde. Obgleich die Wehen stärker wurden, machte Frau H. der Hebamme noch ein Frühstück zurecht. Gegen 11 Uhr nun stellte sich eine äusserst heftige Wehe ein. Hierbei stützte sich die Gebärende mit der linken Hand auf den Rand der Bettstelle, mit der rechten auf eine niedrigere Kiste, so dass der Körper sich in schräger Stellung befand. Während sie nun kräftig mitpresste, ging Fruchtwasser und Stuhl ab. Zugleich entstand ein heftiger Schmerz in der linken unteren Bauchpartie. Auch jetzt wollte die Kreissende sich noch nicht zu Bett legen, leistete dann aber der energischen Aufforderung der Hebamme schliesslich Folge. An der Vulva zeigte sich kein Blut. Dagegen war eine auffallende Veränderung im Aussehen und Wesen der Frau eingetreten. Um die Augen herum sei es braun, blau geworden. Es stellte sich Unruhe ein. Die Wehen kamen nicht mehr wieder. Es bestand nur Drang nach unten. Der Leib war auf Druck äusserst schmerzhaft, und wurde die Annäherung der Hände lebhaft abgewehrt. Der Schädel des Kindes war im kleinen Becken zu fühlen. Mittlerweile gibt die Hebamme Cognac, Glühwein und — 2 Wehenpulver und schickt zum Arzt. Herr Dr. Müthler kommt, da er nur zu einem eiligen Fall gerufen war, ohne geburtshilfliche Instrumente. Er findet eine moribunde Frau, mit kaum wahrzunehmendem Puls, unruhig, nach Luft schnappend und lässt mich sofort rufen. Bei meinem Erscheinen gegen ½2 Uhr ist die Kreissende stark collabirt, pulslos. Es bestand starke Dyspnoe; das Gesicht war blass und kalt, der Gesichtsausdruck verfallen. Die äussere Untersuchung ergab, dass der Leib unregelmässig bis in's linke Hypochondrium aufgetrieben war. In der rechten unteren Bauchhälfte fühlten wir einen runden harten Tumor bis etwa zur Nabelhöhe reichend. Die Bauchdecken waren sehr schlaff und dünn, und konnten wir in der linken Bauchhälfte direct unter diesen leicht kleine Theile einer Frucht fühlen. In dem Tumor rechts konnte ich den Uterus in toto palpiren. Der Kopf stand fest im Becken; es ging kein Blut ab. Nach diesem Befund stellten wir die Diagnose: Perforirende Ruptur des Geburtscanals, wahrscheinlich des l. Scheidengewölbes, Austritt des Kindes in die Bauchhöhle; innere Verblutung.

Da schnell gehandelt werden musste, konnte ich mich über die genaue Lage des Schädels nicht orientiren. Ich legte die Zange an und entwickelte schnell und leicht ein todtes, kräftiges Kind.

Ich will hier kurz einschieben, dass wir bei dieser Zangengeburt Gelegenheit hatten, den seltenen Mechanismus einer hinteren Hinterhauptlage zu beobachten. Der Schädel muss in Lage III gestanden haben, also kleine Fontanelle rechts hinten tief, grosse Fontanelle hoch links neben der Symphyse.

Beim Zangenzug drehte sich die Gegend der grossen Fontanelle leicht nach vorne. Ich zog dann noch, bis die Stirnhöcker unter dem Schambogen sichtbar wurden und hebelte dann das Hinterhaupt über den Damm, entfernte die Zangenlöffel, wobei dann die Stirn und das Gesicht unter dem Schambogen erschienen. Der Damm blieb intact.

Der mit Blut bedeckten Frucht stürzt eine grosse Menge schwarzen, geronnenen Blutes nach. Ich gehe dann mit der Hand ein und hole die Placenta aus einem grossen Riss im linken Scheidengewölbe.

Zwecks genauer Diagnose führe ich nochmals und zwar die linke Hand in die Vagina ein und constatire, dass das ganze linke und hintere Scheidengewölbe vom Uterus abgerissen ist und ein grosses, mit Blutgerinnseln gefülltes Loch darbietet, unten begrenzt von den zerfetzten Rändern der linken distalen Hälfte der Scheide. Der Uterus ist, abgesehen von einem kleinen ca. 1½ cm langen Cervixriss links vollständig intact. Von dem Riss aus gelange ich durch das ebenfalls zerfetzte linke Parametrium sofort an die Därme und Bauchwand, wo ich links neben und oberhalb der Symphyse leicht meinen Finger unter der Bauchdecke mit der rechten Hand fühle.

Wegen des äusserst bedenklichen Zustandes der Frau, der den Tod binnen wenigen Minuten erwarten liess, stand ich von jeglichem operativen Eingriff ab, liess mir den gut contrahirten Uterus von aussen nach unten drücken und tamponirte vorsichtig, um nicht neue Verletzungen hervorzurufen, den ganzen Riss mit Jodoformgaze aus. Den vorderen Theil der Scheide füllte ich fest mit Watte. Alsdann legten wir die Patientin wieder in Gradlage mit erhöhten Beinen, machten Warmwasserklystier und Aetherinjectionen.

Die Frau fühlte sich erleichtert, um 100 Proc. besser, wie sie sagte. Ab und zu flössten wir ihr Kaffee ein, was aber bei dem starken Lufthunger schlecht gelang. Der Puls kam nicht wieder, der Zustand verschlimmerte sich und nach etwa 20 Minuten trat der Tod ein.

Jetzt entfernte ich nochmals alle Tampons und controlirte an der Leiche genau oben geschilderten Befund.

Die wichtigsten Punkte bei obigem Geburtsverlauf sind kurz folgende: Es handelte sich mit Bestimmmtheit um eine grosse Scheidenruptur in der Geburt, durch welche das Kind in die Bauchhöhle schlüpfte. Der linke Cervixriss ist unbedeutend.

Die Ruptur ist unzweifelhaft spontan entstanden, da weder Hebamme, noch ein Arzt vor obigem Befund irgend einen Eingriff gemacht haben. Durch diesen Riss in das linke Ligament hinein, wobei sicher die grossen Blutgefässe zerrissen sind, entsteht eine innere Verblutung. Der ganze Vorgang spielt sich ab bei einer Frau, die schon 8 Mal leicht geboren hat und vollständig normal gebaut ist; dagegen besteht ein starker Hängebauch und steht der normal grosse Schädel des Kindes in einer Lage, in welcher er das Becken nicht leicht passiren kann. Die Kreissende geht mit starken Wehen einher, ohne den Hängebauch aufbinden zu lassen und presst bei einer starken Wehe in schräger Stellung nach vorne gebeugt tüchtig mit, wobei der Riss entsteht.

Wenn man die übrigen Fälle in der Literatur einer genauen Einsicht unterzieht, so fällt Einem auf, dass es sich in der grossen Mehrzahl der Fälle, wie im obigen, um Mehrgebärende handelt. Dieser Umstand lässt meines Erachtens die Ansicht Derer für unrichtig erscheinen, welche allein in einem Geburtshinderniss (enges Becken, zu grosse Frucht, Retraction des unteren Uterinsegments, fehlerhafte Lage, Tumoren etc.) die Aetiologie der Kolpaporrhexis suchen. Diese Fehler kommen doch ebenso häufig auch bei Primiparen vor und doch werden sie von dieser schweren Verletzung unverhältnissmässig weniger betroffen. Dührssen[3]) sagt, dass die Scheidenruptur auf denselben Ursachen beruhe, wie die Uterusruptur, nämlich in der Mehrzahl der Fälle — ungeschickte und gewaltsame Entbindungsversuche natürlich ausgeschlossen — auf einem Missverhältniss zwischen Frucht und Becken. Wenn nun die Wehen die Frucht nicht austreiben könnten, so käme es nicht wie gewöhnlich zu einer stärkeren Ausdehnung des unteren Uterinsegments, sondern zu einer so starken Zerrung an der Scheideninsertion, dass die Scheide von der Cervix abreisst. Auch Berry Hart[4]) hat eine ähnliche Ansicht und glaubt, dass die Wehen stets in gewissem Maasse die Scheide in die Höhe ziehen, indem der Uterus sich nach oben zieht, während Schröder[5]) lehrt, dass diese Längenausdehnung des Scheidengewölbes in der Regel nicht existirt und der Zug des Uterus nach oben ausschliesslich von den Ligamenten ausgehalten wird. Auch Szczotkin[6]) hebt vor Allem das enge Becken hervor.

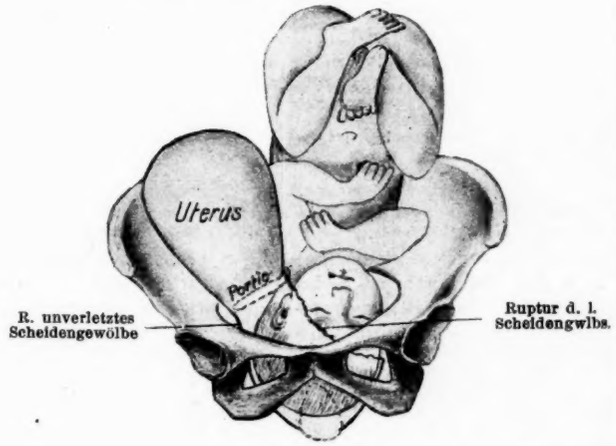
Gewiss spielen obige Momente eine grosse Rolle beim Zustandekommen der Ruptura vaginae; sie sind aber secundärer Natur. Bei Erstgeschwängerten kommt der oben geschilderte Vorgang (Hochstand des Contractionsringes, Retraction der Cervix etc.) ebenfalls vor, kann aber hier der normalen Scheide nichts anhaben. Oder die normal straffe und kurze Scheide lässt die Cervix eben hier nicht so leicht aus dem kleinen Becken entweichen. Meines Erachtens liegt die Hauptursache in einer Erschlaffung, in einer geringen Elasticität der Scheide — wie auch Lwoff[6]) in seiner Arbeit betont — sowie auch der Uterusligamente, welche meist durch zahlreiche Schwangerschaften entstanden ist. Diese Ausdehnung wird begünstigt durch einen Hängebauch, namentlich beim engen Becken, sobald der vorliegende Kindestheil nicht eintreten kann. In sehr vielen Fällen hören wir denn auch, dass ein Hängebauch bestand. Dieser wird noch um Vieles gefährlicher in der Geburt, wenn bei den Wehen mitgepresst wird, besonders wenn die Kreissende ohne Binde dabei einhergeht. Vielfach trat die Ruptur ein während dem Stehen, Sitzen oder Transport. Berücksichtigen wir nun Folgendes: In der Mehrzahl der Fälle entsteht die Kolpaporrhexis in der Austreibungsperiode und hier ist ja die Bauchpresse von der grössten Bedeutung. Durch ihre Kraft wird nicht allein hauptsächlich das Kind ausgetrieben, sondern wird namentlich auch der Uterus in richtiger Lage fixirt, so dass die Wehenthätigkeit des Uterus keine grosse Zerrung seiner selbst, sowie der Scheide und der Ligamente bewirken kann, die Gebärmutter sich nicht nach oben retrahirt. Im Stehen kann nun die Kreissende viel

[3]) Dührssen: Berl. klin. Wochenschr. 1888, No. 1.
[4]) Berry Hart: Edinb. med. Journ. 1883, Mai—Juli.
[5]) Schröder: Lehrb. f. Geburtsh. 1891, S. 714 u. 718.
[6]) Lwoff: Centralbl. f. Gynäk. 1892, No. 35.

weniger mitpressen als im Liegen. Ferner kann beim Hängebauch die Contraction der ausgedehnten Bauchdeckenmusculatur nicht so viel leisten, als in normalem Zustande. Der Druck des Zwerchfells bekommt ein Uebergewicht. Wenn wir uns nun die Stellung der Kreissenden in meinem Falle vergegenwärtigen, so war diese zunächst nach vorne gebeugt, die Anteversio uteri also vermehrt. Der Druck des Zwerchfells war auf die hintere Wand des Uterus gerichtet und, da die Frau schräg stand — linke Schulter höher als die rechte — auf die linke hintere Fundusseite. Der Uterus wurde demnach nach rechts vorne und unten gehebelt, und dabei riss das schwache linke hintere Scheidengewölbe ab.

Sobald nun der Riss entstanden war, zog sich der schlüpfrige Uterus, welcher seiner linksseitigen Verbindungen beraubt war, über den Rumpf des Kindes nach rechts in die Höhe und lagerte sich gut contrahirt rechts neben das Kind. Somit gelangte Letzteres in passiver Weise, ohne seine Lage zu verändern, in die Bauchhöhle. Der obere hintere Teil des Schädels befand sich im kleinen Becken und füllte das Lumen der Ruptur aus. Auch kann das Kind beim Ersticken den Uterus von sich getreten haben.

Beifolgende Figur, die ich zur Erläuterung anfertigte, gibt ein ungefähres Bild der Verhältnisse.



Spontane Scheidenruptur mit Austritt des Kindes in die Bauchhöhle.

In meinem Falle ist die Aetiologie klar: Zerrung der durch viele Geburten und Hängebauch geschwächten Scheide durch ungünstige Wirkung der Bauchpresse. Der aetiologischen Momente gibt es nun viele. Sie arbeiten gleichsam Hand in Hand und mehren sich im einzelnen Individuum mit der Anzahl der Geburten, namentlich, wenn die Diätetik der Schwangerschaft und des Wochenbetts ausser Acht gelassen wird. Die Hauptursache ist jedoch, wenn nicht in allen, so doch in den meisten Fällen neben übermässig gedehnten, schlaffen Uterusligamenten eine morsche Scheide. Sie ist ja auch die Trägerin der Verletzung, der Locus minoris resistentiae.

In einem Falle des Herrn Dr. Everke, wo ich die Section machen konnte, fiel besonders die Länge der Scheide auf. Die vordere Excavatio ging bis auf die Scheide herunter.

Als Assistent an der Bonner Anatomie habe ich lange Zeit über die vergleichende Anatomie und Topographie der elastischen Fasern im Harn- und Geschlechtstractus gearbeitet. Dieselben treten mit Orceïn gefärbt, wunderschön hervor. Ich habe manchmal gestaunt über die grosse Anzahl dieser Fasern. Sie bilden mit ihren zahlreichen starken, wie kleinsten Verästelungen ein zähes Gerüstwerk in fast allen Gewebsschichten und überwiegen manchmal an Menge die glatten Muskelfasern.

Da nun durch die elastischen Fasern die Elasticität und Festigkeit der Scheide am meisten bedingt ist, so wird man sicherlich in den einschlägigen Fällen eine pathologische Veränderung derselben in Lage oder Structur finden können.

Die Therapie im Allgemeinen hat nun folgende zwei Punkte zu berücksichtigen:

1. sofortige Beendigung der Geburt,
2. die Blutstillung und Behandlung der Verletzung.

Besteht kein grosses Missverhältniss zwischen Frucht und Becken, so kann die Geburt wohl stets per vias natur. beendigt werden (Zange, Wendung oder Perforation), mag die Frucht im Uterus sich befinden oder in der Bauchhöhle. Liegt das Kind in der Bauchhöhle, so ist die Perforation des beweglichen vorliegenden Kopfes zu widerrathen, da, wie wir in einem Falle beobachten konnten, der Schädel, auch wenn er noch so gut von oben fixirt wird, sehr leicht abweicht, und hierbei das Instrument direct die Därme sehr leicht treffen kann. Hier ist besser Wendung mit Perforation des nachfolgenden Kopfes am Platze. Eventuell kann zur Extraction die Laparotomie nöthig werden, wobei dann zugleich die Verletzung von oben behandelt werden kann.

Somit kommen wir zum zweiten Punkt der Therapie, zur Blutstillung. Diese kann in mehrfacher Weise bewerkstelligt werden. Die einfachste Methode ist folgende: Man tamponirt den Uterusriss mit Jodoformgaze, den vorderen Theil der Vagina mit Watte und übt einen Gegendruck auf den Uterus von oben aus, wobei zugleich die Bauchaorta comprimirt werden kann.

Die Tamponade wird lange nicht in allen Fällen zur Blutstillung genügen, namentlich nicht bei starker Blutung. Sicherer ist die Naht des Risses. Man schliesse mindestens die Bauchhöhle durch Naht des Peritoneums, so dass in diese kein Blut mehr fliessen kann. Der übrige Theil der Wunde wird tamponirt, eventuell auch der Uterus, wobei der distale Theil der Vagina mit Watte fest geschlossen werden kann. Oder man näht, wenn möglich, den Riss vollständig zu, immer aber selbstverständlich so, dass Peritoneum auf Peritoneum kommt. Bei der letzten Methode kann eine Drainage der Bauchhöhle, wenn erwünscht, stattfinden. Eventuell kommt die Exstirpation des Uterus in Frage.

Hiermit wird man wohl je nach Lage des Falles und, wenn man frühzeitig genug kommt, der Blutung Herr werden können. Es fragt sich nun, von woher man am besten die Verletzung angreift, ob per vag., ob per Laparotomie. Hier stehen die Ansichten der verschiedenen Beobachter extrem gegenüber.

Zunächst will ich hier noch kurz auf meinen Fall zurückkommen. Leider war die schwere Verletzung von der Hebamme zu spät bemerkt worden, da kein Blut abfloss und auch die Familienangehörigen mochten nicht an eine so schwere Katastrophe denken, da ja die Frau schon 8 mal leicht geboren und bis dahin noch nichts an der Frau vorgenommen war, so dass sie erst spät an die Hinzuziehung eines Arztes dachten. In Folge dessen kamen sowohl College Dr. Müthler, wie ich, zu spät. Man muss sich übrigens wundern, dass die Kreissende bei dieser schweren Verletzung, wobei die in der Schwangerschaft so kolossal entwickelten Gefässe des Lig. latum linkerseits sicher zerrissen sind, nicht schon eher sich verblutet hat. Die Blutstillung kam hier mehr oder weniger durch Torsion der Gefässe zu Stande, und dadurch, dass sie sich in das umliegende lockere Bindegewebe retrahirten. Zudem bildete das Kind, das ja noch theilweise im Riss steckte, einen Tampon. cf. Figur. Diese natürliche Blutstillung war allerdings eine so unvollkommene, dass der Tod nach ca. 3 Stunden eintrat. Wir konnten den Exitus leider durch unsere Maassnahmen nicht mehr aufhalten. Es war zu spät. Hätten wir früher eingreifen können, so war die Möglichkeit der Rettung viel näher gerückt, wie die Fälle von Dührssen, Everke, Schwarz[7]), Nieprasch[8]) und Wrisberg[9]) beweisen, in welchen verhältnissmässig schnell eingegriffen werden konnte, oder die Blutung nicht sehr stark war. Zweifellos sind die Rupturen des vorderen und hinteren Scheidengewölbes, auch wenn das Kind hindurchschlüpfte, was die Blutung anbetrifft, nicht so sehr zu fürchten, da hier ja die grossen Gefässe unverletzt bleiben. Wäre ich nun zu einer Zeit gekommen, wo die Kreissende noch Puls hatte, so hätte ich jedenfalls versucht, den Riss per vaginam zu vernähen. Ich habe aber das Gefühl, dass es mir kaum gelungen wäre, obgleich ich wohl weiss, dass man

[7]) Schwarz: Arch. f. Gynäk. Bd. XV.
[8]) Nieprasch: Berl. klin. Wochenschr. 1880. S. 388.
[9]) Wrisberg: Handbuch der Geburtshilfe von Peter Müller. Band II.

sich nach der Geburt die Organe des Gebärschlauches von der Vulva her in ausgiebigstem Maasse mittels Speculum und Kugelzangen zugänglich machen kann. Everke[10]) räth auch in allen Fällen, wo das Kind per vias natur. geboren werden kann, den Riss per vag. zu vernähen und glaubt, dass das immer möglich sei.

Das wird nun m. E. wohl nicht immer der Fall sein. Ein Riss im vorderen oder hinteren Scheidengewölbe macht der Naht von unten keine Schwierigkeiten. Dagegen bietet die Zerreissung in ein Ligament ein solches Chaos von Blutgerinnsel und Fetzen, ferner liegt das Peritoneum so hoch, auch wenn man den Uterus tief nach unten drücken lässt, und Zangen und Specula zur Hand sind, dass eine Naht namentlich bei der Weichheit der Gewebe nach der Geburt äusserst schwer, ja unmöglich werden kann. In solchen Fällen ist aber schnelle Hilfe doppelte Hilfe. Gewiss ist auch hier die Naht von unten ernstlich zu erwägen, nicht aber zunächst vergeblich zu versuchen, sondern man entschliesse sich in zu schwierigen Fällen lieber direct zur Laparotomie, vorausgesetzt, dass nach vorheriger Tamponade noch ein Transport in eine Klinik möglich ist, oder günstige äussere Verhältnisse diese im Hause der Patientin gestatten. Nach Eröffnung der Bauchhöhle können dann die Blutgefässe leichter unterbunden oder umstochen und dann die Naht wenigstens des Peritoneums angeschlossen werden, vielleicht mit Drainage zur Vagina hin. Ein Tampon in der Scheide drückt die Verletzung in die Höhe. Eventuell muss man sich zur Amputation oder Totalexstirpation des Uterus entschliessen, um der Blutung Herr zu werden.

Die Laparotomie in allen Fällen, wo das Kind in der Bauchhöhle liegt, zu machen, wie Lwoff, Galabin[11]) und Andere es verlangen — Szczotkin[12]) schlägt sogar für jede Kolpaporrhexis die Laparotomie vor — halte ich entschieden für zu weit gegangen. Das haben uns auch schon die guten Resultate anderer gelehrt, die ohne Laparotomie ausgekommen sind. Mit der Verunreinigung von Seiten der Frucht kann das Peritoneum, wie genügend Fälle beweisen, fertig werden. Vernix caseosa und Meconium sind an sich nicht infectiös und erfordern somit keine besondere Rücksicht bei der Therapie. Jedenfalls ist ihretwegen allein die Laparotomie nicht gerechtfertigt.

Liegen nun die Verhältnisse so ungünstig, dass weder die Naht von unten, noch die Laparotomie ausgeführt werden kann, so bleibt dem Arzt nichts anderes übrig, als Uterus, Riss und Scheide mit Gaze zu tamponiren. In verschiedenen Fällen hat die Tamponade genügt. In unserem Falle war die Verblutung leider schon zu weit vorangeschritten. Jedenfalls ist die Tamponade das schlechteste und letzte Mittel.

Die Extraction des Kindes darf nicht eher ausgeführt werden, als bis alles Nöthige: Instrumente, Gaze, Watte etc. und gute Hilfe zur Stelle sind. Denn mit der Extraction von unten ist eine neue Zerrung des Risses und somit eine neue Blutung verbunden.

Leider kennen wir keine Symptome einer drohenden Vaginalruptur, wie wir solche bei der Uterusruptur haben. Der Grund liegt darin, dass die erstere meist plötzlich entsteht, während die letztere sich langsam vorbereitet. Hier sieht man schon vorher die bedenkliche Retraction des Bandl'schen Contractionsringes. Die Uterusruptur tritt wohl immer auf der Höhe der Wehe auf, und die Kranke fühlt, dass sich etwas Besonderes in ihr ereignet. Die Kolpaporrhexis aber kann ganz unabhängig von den Wehen auftreten. Die Hauptsymptome sind: Plötzlicher Schmerz hinter der Leistengegend, Aufhören der Wehen, Zeichen der Verblutung — wobei das Blut, wenn der Kopf des Kindes fest im kleinen Becken steht, wie in meinem Falle, nicht immer aus der Vulva zu kommen braucht — Schmerzhaftigkeit des Leibes, kleiner Puls, Unruhe, Dyspnoe und Todesahnungen, sowie der Palpationsbefund.

Um so mehr müssen wir die Prophylaxis beobachten. Wir wissen, dass die Aetiologie der meisten Scheidenabreissungen auf einer Erschlaffung eines grossen Theiles der Organe, welche activ und passiv bei der Geburt des Kindes mitwirken, namentlich Scheide, Uterusligamente und Bauchdecken, beruht.

Ist dieser Zustand einmal vorhanden, so muss die betreffende Person bei einer neuen Geburt unbedingt ruhige Rückenlage einnehmen. Auch kann das Tragen einer Bauchbinde hierbei noch nöthig sein. Jede Lageveränderung (Transport etc.) geschehe mit grosser Vorsicht.

Andererseits müssen wir Aerzte im Allgemeinen dahin streben, dass die Frauen sowohl in der Schwangerschaft wie im Wochenbett eine passende Bauchbinde tragen und zwar Mehrgebärende mit schlaffen Bauchdecken während der ganzen zweiten Hälfte der Gravidität. Bei Wöchnerinnen soll während des Liegens in der ersten Zeit post partum der Leib gewickelt werden, wofür später beim Aufsitzen und Umhergehen eine gutsitzende Leibbinde getragen wird. Die Wöchnerin muss die Bettruhe so lange innehalten, bis die ausgedehnten Organe sich wieder gut zurückgebildet haben. Die Mutter soll, wenn eben möglich, das Kind selbst nähren.

[10]) Everke: Monatsschr. f. Geburtsh u. Gynäk. Bd. VII. S. 233.
[11] u. [12]) Lwoff: l. c.

Meningitis tuberculosa, traumatischer Natur oder nicht?

Von Bezirksarzt Dr. *Waibel* in Günzburg.

Nachstehender, von Anfang bis zu Ende genau beobachteter und forense behandelter Fall dürfte vielleicht, bei der Seltenheit des Vorkommens ähnlicher Fälle, von Interesse sein und bei der spärlichen Literatur der Beziehung der Meningitis tuberculosa zu Traumen des Schädels dessen Veröffentlichung im Anschlusse an eine diesbezügliche Mittheilung von Dr. Schilling-Nürnberg (Münch. med. Wochenschr. 1895, No. 46) angezeigt erscheinen lassen.

Dem geschätzten Ansuchen der k. Staatsanwaltschaft am k. Landgerichte M. vom 3. April 1898 entsprechend: «sich gutachtlich über einen etwaigen Zusammenhang zwischen den dem Kinde H. S. in R. versetzten Schlag auf den Kopf und dem eingetretenen Tode zu äussern, insbesondere, ob der Tod auch zur selben Zeit erfolgt wäre, wenn der Schlag nicht ausgeführt worden wäre» gebe ich unter Mittheilung der einschlägigen Krankengeschichte nachstehendes Gutachten ab:

Am 11. März 1893 wurde ich bei Gelegenheit eines anderen Krankenbesuches in R. zum erstenmale zu dem Kinde H. S. gerufen, wobei mir die Eltern des Kindes erzählten, dass das Kind am Freitag, den 4. März 1898 beim Heimgange aus der Vormittagsschule von einem ihm begegnenden Burschen des Dorfes derart an den Kopf geschlagen wurde, dass es dem Kinde ganz schwarz vor den Augen wurde und das linke Ohr ganz roth und geschwollen war.

Obwohl das Kind, welches angeblich vorher immer ganz gesund war, bezw. nie eine Spur von einer Krankheit irgend welcher Art erkennen liess, sofort über heftige Schmerzen im Kopfe klagte, jedoch nicht bewusstlos wurde, ging es trotz dieser Kopfschmerzen sowohl am Tage, wo es verletzt wurde, als auch am nächstfolgenden Tage noch auf Befehl der Eltern, welche in der Ohrfeige, die das Kind erlitten hatte, nichts Gefährliches oder Bedenkliches vermutheten, in die Schule. Am 3. Tage nach der Verletzung musste sich das Kind gegen Abend dreimal erbrechen und verlangte in's Bett, um von demselben nicht wieder aufzustehen.

Während früher das Kind immer lebhaft und munter war, wurde es vom Tage des Attentates an ruhiger und stille, stöhnte und weinte öfters. Als nach einigen Tagen keine Besserung eintreten wollte, das Kind im Gegentheil immer mehr klagte und Nachts sehr unruhig schlief, wurde ärztliche Hilfe in Anspruch genommen. Damals fand ich ausser den subjectiven Klagen über Kopfschmerz, welcher sich über den ganzen Kopf, hauptsächlich aber über den Stirntheil verbreitete, ferner ausser den Angaben über Mattigkeit und einer mehrere Tage bestehenden Stuhlverhaltung trotz eingehender Untersuchung der Hauptorgane keine objective Unterlage für den zweifellos suspecten bezw. krankhaften Zustand bei dem scheinbar kräftig constituirten und gut genährten Kinde.

Am 13. März fiel an dem Kinde dessen matter Blick und eigenthümlicher Glanz der Augen auf, ferner die öfters wechselnde Gesichtsfarbe. Der Puls zeigte weder in Bezug auf Quantität noch Qualität eine Regelwidrigkeit, die Körpertemperatur betrug 38,4° C., Stuhlgang war auf Klysma erfolgt, Lungen und Milz normal befunden.

Am 14. März, also am 10. Tage nach der unglücklichen Affaire bezw. beginnenden Erkrankung, zeigte sich das Sensorium des Kindes bereits mehrere Stunden benommen, das Kind stöhnte und schrie häufig auf, klagte constant über heftige Kopfschmerzen, zeigte ein apathisches und weinerliches Wesen und wälzte sich

häufig im Bette herum, kurz sie machte den Eindruck einer schwer kranken Person. Die Herzaction war manchmal etwas unregelmässig, bezw. aussetzend, die Athmung schien etwas ungleichmässig, die Pupillen zeigten normale Weite und Reaction, die Körpertemperatur betrug 38,5° C.

An diesem Tage sprach ich den Verdacht auf eine beginnende Gehirnhautentzündung aus mit schlimmer Prognose.

Am 15. März 1898 fühlte sich das Kind besser und war ruhiger und schmerzloser (vielleicht in Folge des dargereichten Chinins); der Puls war eher etwas beschleunigt als verlangsamt, die Athemzüge erfolgten zeitweise sehr tief (aufseufzend) und unregelmässig; beim Versuche, im Bette aufzusitzen, schwankte und zitterte das Kind mit dem Oberkörper und konnte kaum den Kopf halten; dabei wurde keine Nackenstarre bemerkt; der Blick war matt und trübe, das Bewusstsein vollständig vorhanden und fiel nur die ständig vorhandene Apathie des Kindes gegen seine Umgebung auf; die Körpertemperatur betrug 38,4° C.

So blieb sich der Zustand vom 15. März bis zum 23. März mit geringen Schwankungen im Befinden, unter dem Bilde trügerischer Scheinbesserung, ziemlich gleich. Es nahmen nur die Kräfte immer mehr und mehr ab, ebenso magerte das Kind sichtlich ab. Die Körpertemperatur erhöhte sich allmählich etwas mehr und betrug 38,5—39° C.

Der Unterleib begann die charakteristische kahnförmige Gestalt bezw. Einsenkung anzunehmen, der Puls war zeitweise regelmässig, dann wieder etwas unregelmässig bezw. aussetzend und mässig verlangsamt. Die Athmung zeigte mehr Ungleichmässigkeiten und war bald sehr oberflächlich und beschleunigt, bald sehr tief; das Bewusstsein war im Allgemeinen ziemlich unbenommen, doch redete die Patientin manchmal etwas irre.

Vom 24. März an trat eine sichtliche Verschlimmerung ein; das Kind war häufig und stundenlang benommen und vollkommen bewusstlos, ferner machten sich leichte convulsivische Zuckungen an den Extremitäten bemerkbar, das Kind griff häufig in der Luft herum und zupfte viel an dem Bettchen; es jammerte und stöhnte häufig und magerte immer mehr und mehr ab; die Beinchen zeigten leicht spastische Erscheinungen, der Stuhl erfolgte 2 mal ziemlich reichlich und breiig, war aber im Allgemeinen immer angehalten; die Körpertemperatur wechselte zwischen 38,5° und 39° C.; die Pupillen schienen manchmal weiter als normal und ungleich erweitert; die Augen deviirten häufig nach oben, das Bewusstsein schwand in den letzten Tagen fast vollkommen und andauernd, so dass die Patientin auch auf Anreden nicht mehr reagirte; es stellte sich allmählich andauerndes und tiefes Coma ein; Patientin liess den Urin unter sich gehen, wollte oder konnte nicht mehr schlucken; der Puls war ungemein frequent und klein, kurz, es traten immer mehr und mehr die Zeichen des Verfalles und allgemeiner Lähmung ein, bis das Kind am 30. März 1898 Abends nach einer Krankheitsdauer von 26 Tagen verstarb.

Die Krankheitsdiagnose, welche bereits in der ersten Hälfte des Krankenlagers prognostisch ungünstig und mit grösster Wahrscheinlichkeit auf tuberculöse Gehirnentzündung gestellt werden konnte, wurde durch den Obductionsbefund vom 2. April 1898 bestätigt.

Obductionsbericht.

A) Aeussere Besichtigung.

1. Weibliche Leiche, sehr abgemagert.
2. Bauchdecken grünlich verfärbt.
3. Pupillen sehr ungleich, die linke sehr vergrössert.
4. Leichenstarre aufgehoben.
5. Die Nägel an allen 4 Extremitäten auffallend blau gefärbt.
6. Rücken mit blaurothen Todtenflecken.
7. After offen.
8. Haare dunkel, kurz geschnitten.
9. Unterleib concav eingezogen.

B) Innere Besichtigung.

I. Schädelhöhle nebst Inhalt:

10. Das Schädeldach von mässiger Dicke, ziemlich blutreich, ohne jede Verletzung.
11. Die weichen Hirnhäute blutreich, die Venen besonders nach hinten stark gefüllt.
12. In den Seitenhöhlen beiderseits eine klare reichliche Flüssigkeit, welche die Höhlen ausdehnt.
13. Die Gehirnhäute, an der Basis mit einer sulzigen Ausschwitzung durchtränkt, zeigen besonders im Verlaufe der Gefässe zahlreiche, sehr kleine, hirsekorngrosse Knötchen.
14. Das Gehirnmark rein weiss, die graue Substanz ohne wesentliche Veränderung.
15. Die Gehirnwindungen etwas abgeplattet.

II. Brusthöhle und Hals:

16. Die Lungen stark ausgedehnt, vollkommen frei, auf der Schnittfläche hellroth, ziemlich viele graue Knötchen zeigend.
17. Die Bronchialdrüsen vergrössert bis zum Volumen einer grossen Haselnuss, mit käsiger, gelblicher Tuberkelmasse durchsetzt, theilweise central erweicht, so dass eine kleine Caverne sichtbar wird.
18. Das Herz ist in normalem Zustande, seine Innenhaut mit Blutfarbestoff getränkt, in der rechten Hälfte derbe Gerinnungen von Faserstoff.

III. Bauchhöhle.

19. Die Milz enthält keine Knötchen.
20. An den Nieren, an der Leber ist keine wesentliche Abnormität zu constatiren.
21. Die Lymphdrüsen des Unterleibes sind gesund.
22. Der Magen ist leer.
23. Der Dickdarm mit festen Kothmassen stark gefüllt.

Vorläufiges Gutachten.

Die Todesursache war Tuberculose des Gehirns, deren Zusammenhang mit dem vorausgegangenen Trauma einstweilen als zweifelhaft erklärt wird.

Folgt: Unterschrift der Obducenten: Dr. H. und Dr. Sch.

Als wesentlichen Befund ergab die Obduction ausser vorgeschrittener Abmagerung der Leiche: Erguss in die beiden Seitenventrikel des Gehirns, Durchtränkung der Gehirnhäute an der Basis mit einer sulzigen Ausschwitzung, zahlreiche, sehr kleine, hirsekorngrosse Knötchen, besonders im Verlaufe der Gefässe, auf der Schnittfläche der Lungen viele graue Knötchen, die Bronchialdrüsen bis zum Volumen einer grossen Haselnuss vergrössert und mit käsiger, gelblicher Tuberkelmasse durchsetzt, theilweise central erweicht, so dass eine kleine Caverne sichtbar war. Die verkästen Bronchialdrüsen sind unzweifelhaft als die Ursprungsstätte der tuberculösen Gehirnhautentzündung beziehungsweise der beginnenden allgemeinen Miliartuberculose anzusehen. Wie das Kind zu dieser Drüseninfection kam, konnte nicht bestimmt ermittelt werden; hereditäre Belastung ist nicht vorhanden. Beachtenswerth ist vielleicht die Thatsache, dass das betreffende Kind vor ca. 1 1/2 Jahren viel mit einem tuberculösen Nachbarn zusammenkam und verkehrte; das Kind soll nie krank gewesen sein. Jedenfalls waren diese tuberculösen Bronchialdrüsen längere, nicht genau bestimmbare Zeit in bisher latentem und unschädlichem Zustande vorhanden und vollkommen symptomlos in dem Körper des Kindes abgelagert; dieselben hätten unter günstigen Umständen sich vollständig eindichten und verkalken, beziehungsweise auf diese Weise zur Heilung kommen können.

Leider traf dieses günstige Ereigniss in dem vorliegenden Falle nicht zu, sondern der tuberculöse Drüseninhalt fand auf irgend eine Weise d. h. entweder spontan, beziehungsweise ohne äussere Veranlassung und unabhängig von dem fraglichen Trauma, oder mit äusserer Veranlassung beziehungsweise durch das Trauma angeregt, seinen Weg, den Lymph- und Blutgefässen entlang, in den grossen Blutkreislauf und damit zu verschiedenen Körperorganen, speciell auch zum Gehirne.

Auf welche von diesen beiden Weisen dieser secundäre Infectionsvorgang und Verbreitungsmodus erfolgte, wird sich schwer und kaum mit absoluter Sicherheit bestimmen lassen.

Denn einerseits wird die Möglichkeit nicht in Abrede zu stellen sein, dass die tuberculöse Gehirnentzündung spontan und unabhängig vom erlittenen Trauma bei dem hochgradig prädisponirten Kinde zum Ausbruche gekommen sein kann und ist.

Es ist eine bekannte wissenschaftliche Thatsache und Erfahrung, dass sich acute Tuberculose der Gehirnhäute nicht so selten ohne jede äussere beziehungsweise nachweisbare Veranlassung und sogar in seltenen Fällen ohne bemerkbare Vorboten in einem scheinbar völlig gesunden und kräftigen Körper entwickelt und unter dem gleichen Bilde und in der gleichen Zeit, wie in unserem Falle, zum Tode führt — es gibt keinen charakteristischen Unterschied zwischen einer spontan sich entwickelnden und durch ein Trauma hervorgerufenen tuberculösen Gehirnhautentzündung.

Andererseits dürfte aber im vorliegenden Falle nicht nur die Möglichkeit, sondern sogar die Wahrscheinlichkeit bestehen, dass durch das Trauma, welches wahrscheinlich nicht nur eine locale Gehirnerschütterung, sondern auch eine theilweise Erschütterung des ganzen Körpers, wenigstens des Oberkörpers, nach sich zog, das Gefängniss, in welchem die Tuberkelkeime, hinreichend vorbereitet zum Durchbruche, eingesperrt lagen, gesprengt wurde, so dass auf diese Weise die Tuberkelbacillen freien Lauf bekamen und sich durch die, im Bereiche oder in der nächsten Nachbar-

schaft des zerfallenen Drüsengebietes liegenden Lymph- oder Blutgefässe im ganzen Körper verbreitet beziehungsweise hauptsächlich auch im Gehirne ansiedeln und weiter entwickeln konnten. Für diese Wahrscheinlichkeit des causalen Zusammenhanges zwischen Trauma und Krankheit, beziehungsweise Auslösung der Krankheit durch das Trauma, dürften hauptsächlich folgende Thatsachen und Gründe sprechen:

1. War das fragliche Kind nach der glaubwürdigen Aussage der Eltern vor der erlittenen Verletzung bezw. vor der unmittelbar darnach eingetretenen Erkrankung vollkommen gesund und bot weder in objectiver noch subjectiver Weise krankhafte Erscheinungen irgend welcher Art dar, insbesonders keine Abmagerung, körperliche Schwäche oder Mattigkeit, ferner keinen Husten, keine Kopfschmerzen oder Fiebererscheinungen, sowie keine Veränderungen im ganzen Wesen und Benehmen etc.

2. Von dem Momente des erlittenen, jedenfalls ziemlich kräftig geführten Schlages an (siehe Krankengeschichte) klagte das Kind über krankhafte Erscheinungen: Kopfschmerz, Schwindel, Mattigkeit, wozu sich am 3. Tage mehrmaliges Erbrechen und Schlafstörung gesellte.

Von dieser Zeit an reihten sich also in steter Continuität verschiedene andere Krankheitssymptome an, welche schliesslich sich immer mehr steigerten und in nicht ganz vier Wochen den Tod des Kindes herbeiführten.

Dieses zeitliche Zusammentreffen von Trauma und Ausbruch der Krankheit ist so auffallend, dass ich die Coincidenz dieser beiden Thatsachen doch nicht bloss für einen Zufall halten möchte.

3. Nach experimentellen Untersuchungen einzelner Forscher (insbesonders Koch und Baumgarten) bedürfen die Tuberkelknötchen, wie sie im Gehirne und andern Organen des betreffenden Kindes angetroffen wurden, ungefähr eine Zeit von 10 bis 12 Tagen zur Entwicklung. Nun zeigten sich am 10. Krankheitstage (also am 14. März) die ersten schweren Krankheits- bezw. Gehirnerscheinungen, wornach das Auftreten dieser ersten Krankheitserscheinungen mit der ersten Entwicklung der Tuberkelknötchen im Gehirne ganz gut zusammenhängen und übereinstimmen kann.

4. Sind beinahe vollkommen ähnliche Fälle von traumatischer Gehirntuberculose, wenn auch nicht zahlreiche, von Aerzten sicher beobachtet und in der Literatur sammt Krankheitsgeschichte und Obductionsbefund beschrieben worden.

Gestützt auf die vorstehenden Erörterungen und entsprechend der mir ertheilten, Eingangs bezeichneten, staatsanwaltschaftlichen Requisition gebe ich mein Gutachten dahin ab, dass

1. kein zwingender Beweis für den causalen Zusammenhang zwischen dem dem Kinde versetzten Schlage und dem Ausbruche der Krankheit bezw. dem Tode des Kindes zu erbringen ist, dass jedoch

2. ein hoher Grad von Wahrscheinlichkeit besteht, dass die Krankheit des Kindes d. h. die tuberculöse Gehirnhautentzündung durch das Trauma ausgelöst oder veranlasst wurde und in Folge dessen ebenso wahrscheinlich der Tod des Kindes früher erfolgte, als er erfolgt wäre, wenn der Schlag nicht ausgeführt worden wäre.

Auf dieses Gutachten hin wurde noch ein weiteres Obergutachten von dem kgl. Medicinalcomité der kgl. bayer. Universität M. eingeholt, welches also lautet:

M., den 28. Juli 1898.

Gutachten des k. Medicinalcomités der K. M. U. M.

Der k. Staatsanwalt am k. Landgerichte M. hat am 18. Mai d. J. das Ersuchen gestellt, sich gutachtlich darüber zu äussern, ob der Tod des Wirthskindes H. S. von R. ursächlich auf den Schlag zurückzuführen ist, den der Angeschuldigte am 4. März 1898 dem Kinde mit der Hand auf die linke Kopfseite versetzt hat.

Nach Verlesung der wichtigeren Actenstücke, gehaltenem Vortrage und collegialer Berathung geben wir das geforderte Gutachten dahin ab,

> «dass ein Zusammenhang zwischen dem Schlage und dem eingetretenen Tode möglich ist, dass jedoch ein directer Beweis dafür nicht erbracht werden könne.»

Am 4. März 1898, Vormittags 11 Uhr, wurde die 6jährige Gastwirthstochter S. auf der Strasse von dem Angeklagten mit der Hand auf den Kopf geschlagen; das Kind klagte über Kopfschmerzen, besuchte jedoch noch an diesem und am folgenden Tage die Schule. Am 6. oder 7. März wurde das Kind bettlägerig; am 11. März wurde Bezirksarzt Dr. W. als behandelnder Arzt zugezogen, welcher eine Hirnhautentzündung diagnosticirte. 26 Tage nach Einwirkung des Traumas — in der Nacht vom 30./31. März — erfolgte der tödtliche Ausgang.

Die am 2. April vorgenommene gerichtliche Section der S. ergab ausser starker Abmagerung als Todesursache eine tuberculöse Entzündung der weichen Hirnhäute, ausserdem acute Miliartuberculose der Lungen — Alles ausgehend von einer älteren Tuberculose der peribronchialen Lymphdrüsen.

Während die Obducenten den Zusammenhang der tödtlichen Krankheit mit dem Trauma für zweifelhaft erklärten, kommt Herr Bezirksarzt Dr. W. in seinem eingehenden Gutachten zu dem Resultate, dass ein hoher Grad von Wahrscheinlichkeit besteht, dass die tödtliche Krankheit durch den kritischen Schlag auf den Kopf ausgelöst oder veranlasst wurde und in Folge dessen ebenso wahrscheinlich der Tod des Kindes früher erfolgte, als er eingetreten wäre, wenn der Schlag nicht ausgeführt worden wäre.

Wie in dem bezirksärztlichen Gutachten richtig ausgeführt wird, entsteht die tuberculöse Entzündung der weichen Hirnhäute fast regelmässig auf dem Wege der Autoinfection, indem von einem älteren tuberculösen, käsig erweichten Herde eines entfernt liegenden Organes (Lunge, Lymphdrüsen der Brust- oder Bauchhöhle) aus Infectionserreger in die Blutbahn gelangen und auf metastatischem Wege in die Hirnhäute verschleppt werden, um dort eine tödtliche acute Entzündung zu erzeugen, die meist im Verlaufe von 2–4 Wochen tödtlich endigt. In der Regel erfolgt dieser Einbruch in die Blutbahn und die Verschleppung des tuberculösen Giftes spontan, d. h. ohne nachweisbare Gelegenheitsursache.

Durch zuverlässige Beobachtungen ist festgestellt, dass Contusionen und traumatische Einflüsse verschiedener Art im Stande sind, als Gelegenheits- oder Hilfsursache die Entwicklung eines tuberculösen Processes in vorher ganz gesunden Organen hervorzurufen, wie dies z. B. für die Entstehung einer Knochen- oder Gelenktuberculose unzweifelhaft feststeht; dass traumatische Einflüsse, die Hirnerweiterung hervorrufen, auch bei Entstehung der metastatischen tuberculösen Hirnhautentzündung in Betracht kommen können, ist ebenfalls festgestellt.

Trotz ihres gesunden und blühenden Aussehens war die H. S. mit einer sogenannten latenten, käsigen Tuberculose der Lymphdrüsen an der Lungenwurzel behaftet, von der aus sich jederzeit — auch ohne jede Hilfsursache — eine tödtliche tuberculöse Gehirnhautentzündung entwickeln konnte. Selbstverständlich kann im vorliegenden Falle rein zufällig die tödtliche Hirnhautentzündung sich alsbald nach der Einwirkung des Schlages auf den Kopf entwickelt haben; anderseits ist jedoch auffällig, dass kurze Zeit nach erlittenem Trauma die ersten Symptome der schweren und tödtlichen Erkrankung sich bemerkbar machten. Mit Rücksicht auf diesen Umstand und die ärztliche Erfahrung, dass die Entstehung der tuberculösen Processe durch traumatische Einflüsse, die als Gelegenheitsursache wirken, öfters begünstigt wird, ist die Möglichkeit eines Zusammenhanges zwischen Trauma und Tuberculose im Allgemeinen zuzugeben, jedoch kann ein directer Beweis für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Schlag und Tod der S. nicht erbracht werden.

Kgl. Medicinalcomité.
D. V.

Nachdem auf Grund dieses Obergutachtens der causale Zusammenhang zwischen dem Schlag und dem am 30. März erfolgten Tod des Kindes S. möglich, aber nicht sicher nachweisbar ist, wurde die Handlung von dem k. Landgerichte M. als ein Vergehen der leichten Körperverletzung nach § 223 u. 232 d. R.-St.-G. bezeichnet und an das Schöffengericht verwiesen. Urtheil 7 Tage.

Primäres Pankreascarcinom.*)

Von Dr. *Fr. Schilling* in Nürnberg.

Der 57jährige Händler J. M. kam im September 1896 in meine ärztliche Behandlung mit der Angabe, dass er sich seit ein paar Wochen müd und matt fühle, dass er beständig Schmerz im Kreuz und oft in der rechten Hüfte habe, der nach der Hinterfläche des Oberschenkels ausstrahle, dass er endlich an Körpergewicht etwas abgenommen habe.

Ich berathe den Mann und seine Familie ärztlich seit 24 Jahren. Er war Potator, ohne objective Zeichen des Alkoholismus zu bieten. Im Winter 1886 hatte er eine intensive, mehrere Wochen dauernde diffuse Bronchitis durchzumachen. Im Herbst 1893 hatte er wiederholt rheumatische Schmerzen im Rücken und beiden Beinen. Andere Krankheiten hatte er nicht zu überstehen. Erblich belastet ist er nicht.

Der Mann ist mittelgross, mässig kräftig. Die Haarfarbe ist braun. Die Hautfarbe hat einen Stich in's Schmutziggraue. Die Cutis selbst ist trocken, welk. An der Schleimhaut der Unterlippe ist constant ein stecknadelkopfgrosses, dunkelbläuliches Fleckchen zu sehen.

*) Mittheilung, gemacht im ärztlichen Verein Nürnberg am 15. September 1898.

Am Kreuzbein, Wirbelsäule, Knochen, Gelenken ist nichts Abnormes zu entdecken. Der Gang ist normal. Die Reflexe sind in Ordnung. Die Pupillen sind von mittlerer Weite, reagiren prompt. Mässiges Lungenemphysem vorhanden. Herztöne rein, leise. Tastbare Arterien etwas rigid. Leberrand in der r. Mamillarlinie bei tiefer Inspiration zu fühlen. Milz nicht palpabel. Urin ist stets frei von Eiweiss, Zucker und Gallenfarbstoff.

Die vegetativen Functionen waren stets in Ordnung; speciell wurde nie Fett im Stuhlgang beobachtet. In Folge von Indigestion wurde einmal erbrochen. Im Erbrochenen war freie Salzsäure nachweislich. — Im Hinblick auf die allgemeine Schwäche, die Schmerzen, die Hautverfärbung, sowie den kleinen bläulichen Fleck auf der Schleimhaut der Unterlippe, schliesslich die vorangegangene langewährende Bronchitis (wenn auch keine Spitzendämpfung oder Tuberkelbacillen vorhanden waren) stellte ich die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf beginnenden Morb. Addisonii. — Therapie: symptomatisch-diätetisch. — Im August 1897, kurz bevor ich von einer Ferienreise zurückgekehrt war, bekam Patient wiederholt heftigste Cardialgien, so dass mein Herr Stellvertreter die Möglichkeit des Vorhandenseins von Gallensteinen in Erwägung zog. Die Gegend der Gallenblase war jedoch nicht druckempfindlich; die Gallenblase nicht palpabel; im Urin kein Gallenfarbstoff. Kein Fettstuhl. Keine Concremente in den oft untersuchten Faeces. Anhaltspunkte für Diagnose der Cholelithiasis waren nicht vorhanden.

Der Mann verlor innerhalb zweier Jahre 43 Pfd. an Körper gewicht, er magerte ab zum Skelett. Die Haut nahm mit der Zeit eine schmutziggelbliche Färbung an, so dass die Wahrscheinlichkeitsdiagnose M. Addisonii aufgegeben und an deren Stelle die Diagnose Occultes Carcinom gesetzt wurde. Die Schmerzen im Rücken hatten nie nachgelassen. Das Epigastrium war nie druckempfindlich. Ein Tumor konnte nirgends gefühlt werden. Der Appetit war stets gut geblieben. Unter Hinweis auf diese Thatsache hat der Patient stets die Einführung der Magensonde zu diagnostischen Zwecken abgelehnt. — Der Tod erfolgte am 21. Juli 1898 unter den Erscheinungen der grössten Erschöpfung.

Die Section am 22. Juli 1898 (Dr. Neukirch, Dr. Schilling) hat ergeben: Lungenemphysem, Lungenoedem; Peribronchitis tuberculosa des l. Unterlappens in mässiger Ausdehnung; frische graue aggregirte Tuberkel beider Unterlappen in geringer Zahl. Völlige Obliteration des Herzbeutels. Braune Induration des Herzmuskels. Endocarditis decursa. Klappenapparat intact bis auf kleines Klappenaneurysma an der Aorta. Mässige Ausbuchtung der atheromatös entarteten Aorta. Chronischer Magenkatarrh. Primäres faustgrosses Carcinom des Pankreaskopfs; der Schwanz des Pankreas ist ebenfalls carcinomatös degenerirt; doch ist die Structur der Drüse daselbst noch theilweise erkennbar. Das Carcinom liegt dem Magen innig an, ohne auf diesen selbst überzugreifen; ebenso ist es mit der Leber verlöthet, nach welcher es kleine Fortsätze sendet. Retroperitoneale und Mesenterialdrüsen sind bis Haselnussgrösse krebsig infiltrirt. Darm, Leber, Milz etc. sind frei von Krebs. Die Nieren und Nebennieren sind normal. Keine Gallensteine. Zwei ältere oberflächliche Infarcte finden sich an der Leber. — Makroskopisch imponirte der Tumor als Skirrhus; als solcher wurde er auch mikroskopisch festgestellt durch die Güte des Hrn. Dr. Thorel, Prosector am Allgemeinen Krankenhause dahier.

Wenn wir das intra vitam Gefundene mit dem auf dem Leichentisch Gesehenen vergleichen, so stimmt die vage Diagnose des occulten Carcinoms. Und in der That war das Carcinom versteckt. Bei geöffnetem Abdomen stak es hinter dem l. Leberlappen und dem Magen. Erst nach Entfernung dieser Organe fühlte man die Geschwulst. Bei dieser Sachlage war es unmöglich, durch die Bauchdecken den Tumor zu palpiren. Da weder Fettstühle noch Compressionserscheinungen da waren, konnte man an Pankreascarcinom, dessen primäres Vorkommen selten ist, nicht denken. Zunächst hat mein Herr Stellvertreter an Cholelithiasis gedacht. Carcinom in Folge von Gallensteinen ist ja ziemlich häufig. Da aber weder Lithiasis, noch Carcinomknoten an der Leber festgestellt werden konnten und Galle nie im Urin war, so konnte diese Diagnose nicht gestellt werden. Da ferner freie Salzsäure in dem zufällig einmal Erbrochenen mittels Congopapier nachgewiesen wurde, musste Magenkrebs ausgeschlossen werden aus dem Kreis der Diagnose, zumal Patient sich stets des besten Appetits und guter Verdauung erfreute. Der Darm konnte auch als Sitz der Neubildung ausgeschlossen werden, da kein Tumor zu fühlen, keine Stenosenerscheinungen, keine Stuhlbeschwerden, kein Abgang von Schleim, Blut etc. vorhanden waren. Unter solchen Verhältnissen war der Sitz des Neoplasma nicht zu bestimmen; höchstens hätte man per exclusionem an ein Pankreascarcinom denken können. — Secundäre Pankreaskrebse sind recht häufig. Sie gehen von den benachbarten Organen (Magen, Darm, Leber, Netz. Bauchfell) auf das Pankreas über. Und umgekehrt propagiren primäre Bauchspeicheldrüsenkrebse auf die Nachbarschaft, so dass oft der primäre Herd nicht festgestellt werden kann.

In der Regel ist nach v. Strümpell der Kopf der Sitz der Neubildung. Von 57 Fällen war es 35 mal der Kopf (Madelung). Meist ist die Neubildung ein Markschwamm, selten ein Gallertkrebs. — Nach Friedreich zählte Willigk unter 467 Sectionen von Krebskranken nur 29 mal Pankreaskrebse und Foerster gibt an, unter 639 Sectionen von an verschiedenen Erkrankungen verstorbenen Individuen nur 6 mal Pankreascarcinom und zwar immer nur secundärer Natur gesehen zu haben. — Nach Ancelet's Zusammenstellung von primären und secundären Formen war 88 mal das Pankreas in toto, 33 mal der Kopf, 2 mal die Cauda des Pankreas befallen.

Der Tumor kann den Magen, Dünndarm, die Vena port., die Vena cav., die Gallengänge comprimiren; auch die benachbarten Nervengeflechte können gedrückt werden und dadurch heftige Cardialgien in die Erscheinung treten. Ikterus, Ascites, Venenblut-tauungen können die Krankheit compliciren. In Rahn's Fall wurde die Cardia comprimirt und es entstund Magendilatation. In einem Fall von Recamier hatte ein in der Cauda sitzender Krebs den l. Ureter comprimirt und linksseitige Hydronephrose involvirt. Petit erzählt einen merkwürdigen Fall, in welchem der krebsige Pankreaskopf den Magen so gegen die vordere Bauchwand andrückte, dass die Symptome einer Incarceration resultirten.

Nach dem Gesagten ist eine sichere Unterscheidung des Pankreaskrebses von einem Carcinom des Magens, Netzes etc. kaum jemals möglich, da nach v. Strümpell die bestehenden Symptome sehr vieldeutig sind, so dass Verwechslungen mit Carcinom des Magens, Duodenums, der Leber u. dgl. nicht zu vermeiden sind. Die Fettstühle hat man nach demselben Autor und nach Friedreich wiederholt auch bei ausgedehnter Krebsbildung im Pankreas vermisst. — Die Statistik von Da Costa zeigt, dass in 37 Fällen von Pankreaskrebs 22 mal Erbrechen in Folge gleichzeitiger Erkrankung des Magens, 24 mal Gelbsucht, 25 mal Verdauungsbeschwerden und 15 mal Hydrops vorhanden waren. — Da Costa hat unter seinen 37 Fällen 32 mal den durch seine Intensität ausgezeichneten epigastrischen Schmerz erwähnt. — Im ersten der zwei von Friedreich berichteten Fälle fehlte der Schmerz während des ganzen Krankheitsverlaufs vollkommen. — In Da Costa's 37 Fällen konnte der Tumor nur 13 mal gefühlt werden. — Die Prognose ist natürlich absolut infaust: Die Totalexstirpation der Bauchspeicheldrüse ist nach dem, was wir auf Grund der so zahlreichen neueren experimentellen Arbeiten (Senn, v. Mering, Minkowsky, Lépine, Hedon, Reale, Rienzi, Harley, Sandmeyer) wissen, verboten. Die schwierig auszuführende partielle Exstirpation der Drüse hat bislang keinen Dauererfolg gezeitigt. Ich habe den Fall desshalb mitgetheilt, weil trotz umfangreichen Pankreaskrebses die Fettstühle stets fehlten, und weil das bläuliche Fleckchen an der Unterlippe, wie solche sehr selten bei Magencarcinom etc., nie aber bei Pankreaskrebs beobachtet wurden, anfänglich die Diagnose auf Morb. Addisonii stützen half.

Benützte Literatur:

v. Strümpell: Lehrbuch der Path. u. Therap. der inneren Krankheiten.
Friedreich: Pankreaskrankheiten in v. Ziemssen's Sammelwerk.
Rahn: Scirrhosis pankreatis diagnos. Göttinger Dissert. 1796.
Recamier: Révue médic. 1830.
Willigk: Prager Vierteljahrsschrift 1856.
Da Costa: Cancer of pancreas. Schmidt's Jahrb. 107. Bd. 1860.
Ancelet: Etudes sur les maladies du pancreas. Paris 1866.
Madelung: In Penzoldt's und Stintzing's Therapie der inneren Krankheiten.

Ein Fall von Vergiftung mit Bromoform.

Mitgetheilt von Dr. *Schmitt*, prakt. Arzt in Dieburg (Hessen).

Während meiner Anwesenheit in der Ortschaft M. wurde ich am 9. November abends 6½ Uhr zu einem 4¾ Jahre alten Jungen gerufen, der angeblich von den wegen Keuchhusten verordneten Bromoformtropfen getrunken hatte und jetzt plötzlich «bewusstlos geworden sei und sich nicht mehr rühre».

Ich fand den Jungen bewusstlos und regungslos im Bett liegend, auf Anrufen, Hautreize reagirte er gar nicht, der emporgehobene Arm fiel schlaff herab.

Die Pupillen waren ad minimum verengt, ohne Reaction, der Puls verlangsamt, 70 Schläge in der Minute, unregelmässig, zeitweise kaum fühlbar. Die Athmung gleichfalls langsam und unregelmässig in der Weise, dass tiefere Athemzüge mit oberflächlicheren abwechselten. Der Athem roch stark nach Bromoform. Die unteren Extremitäten bis zum Knie eiskalt, die oberen und der übrige Körper mässig warm. Der Mund liess sich leicht öffnen, etwas schwarzer Kaffee, den ich einlaufen liess, wurde aber nicht geschluckt und von weiteren Versuchen hiezu wurde wegen der Gefahr des Eindringens in die Luftröhre Abstand genommen. Eine Magenspülung war zunächst wegen der fehlenden Instrumente nicht möglich. Die Hebamme, deren Irrigatorschlauch ich mit einem Trichter verbunden als Hebevorrichtung gebrauchen wollte, war nicht zu Haus. Ich machte also zunächst eine Einspritzung mit Kampheröl, liess einen Selterswasserkrug mit heissem Wasser an die Füsse legen und begann die Extremitäten kräftig zu reiben. Darauf wurde der Puls besser und beim Reiben machte der Junge die ersten selbständigen, aber unbedeutenden Bewegungen. Nun glaubte ich den Jungen aber doch verlassen zu dürfen, um meinen Apparat zur Magenausspülung zu holen, da ich eine solche als das Wichtigste betrachtete.

Nach ca. 1 Stunde sah ich den Jungen wieder, der im Allgemeinen noch das gleiche Bild bot Doch waren Puls und Athmung besser geworden und nach Aussage der Eltern hatte der Junge einige Male spontan sich bewegt.

Bei dem nun vorgenommenen Versuch, zwischen die jetzt fest aufeinander gepressten Zähne einen Holzkeil zu schieben, beginnt Patient sich zu wehren und zu schreien, bei dem weiteren Versuch, die Sonde einzuführen, wird ein Keuchhustenanfall mit Erbrechen hervorgerufen.

Da das Allgemeinbefinden sich also soweit gebessert hatte, der Magen entleert war, der Junge sich ausserdem einer Ausspülung auf's Aeusserste widersetzte, glaubte ich auch von einem weiteren Versuch abstehen zu müssen. Der Junge erholte sich immer mehr und war am nächsten Tag verhältnissmässig munter. Pupillen mittelweit, träge Reaction. Puls regelmässig und gut.

Es interessirt nun hier besonders, wieviel der Junge wohl Bromoform genommen haben kann, und wann dasselbe zur Wirkung kam.

Den 3 Kindern waren 10 g Bromoform verschrieben worden. Davon hatte am 8. XI. und 9. XI. das 7 jähr. Mädchen 7 mal 5 Tropfen = 35, der 4¾ jähr. Junge 7 mal 4 Tropfen = 28, das 1½ jähr. Kind 7 mal 2 Tropfen = 14 erhalten, zusammen also 77 Tropfen. Nach dem in der Apotheke mit dem betr. Tropfgläschen, in welchen auch das Bromoform verabfolgt war, vorgenommenen Versuch kamen 31 Tropfen auf 1 g. Die verabreichte Menge entsprach also ca. 2,5 g. Der ebenfalls in der Apotheke nachgewogene Rest in dem Gläschen betrug gleichfalls 2,5 g. Danach dürfte der Junge, wenn er den ganzen übrigen Inhalt getrunken hätte, etwa 5 g Bromoform, sicher aber nicht mehr, zu sich genommen haben. (Der im Gläschen befindliche Rest war absolut rein).

Weiterhin dürfte von Interesse sein, dass die erste Wirkung von der Mutter bei dem Jungen gut eine halbe Stunde nach Genuss der Tropfen bemerkt wurde.

Sie erzählt ganz bestimmt: Nur zwischen 5 und 5¼ Uhr sei sie aus dem Zimmer weggewesen und nach ihrer Rückkunft sei sie durch den starken Geruch darauf aufmerksam geworden, dass der Junge aus dem Gläschen getrunken habe.

Um 5¾ Uhr aber erst, beim Abendessen (Kaffee und Brot mit etwas Fruchtgelee) sei dem Jungen der Kopf 2 mal auf den Tisch gefallen. Darauf habe sie ihn aufgehoben, und weil er jetzt «Alles hängen liess» und bewusst wurde, zu Bett gebracht.

In wie weit etwa durch den Genuss des Kaffees d. h. der aufgenommenen Flüssigkeit erst das Bromoform zur weiteren Aufnahme im Körper und zur Entfaltung seiner Wirkung kam, vermag ich nicht zu beurtheilen.

Bericht der kgl. Universitäts-Poliklinik für Kinderkrankheiten im Reisingerianum pro 1898.

Von Professor Dr. *C. Seitz.*

Im abgelaufenen Jahre hatte die Kinderpoliklinik im Reisingerianum eine Frequenz von 11 508 kranken Kindern — von diesen wurden 7897 ambulant, 3611 in ihren Wohnungen behandelt. Von den 11 508 Patienten waren 5512 Knaben, — 5996 Mädchen. Dem Alter nach standen 3381 Kinder im 1. Lebensjahr, 4072 im 2.—5. Lebensjahr, 2241 im 6.—10. Lebensjahr, 1814 im 11.—16. Lebensjahr. Der Zugang an Patienten nach den einzelnen Monaten gestaltete sich wie folgt: Januar 1090 (1036)[1]), Februar 807 (907), März 1084 (1039), April 1016 (911), Mai 1024 (1106), Juni 1041 (1114), Juli 913 (1022), August 1069 (1302), September 1021 (978), October 804 (815), November 863 (1143), December 776 (889). Durchschnittlich gingen per Tag 31—32 neue Patienten zu.

Bei der erwähnten Gesammtfrequenz von 11 508 Kindern waren 443 Todesfälle zu verzeichnen. Von den gestorbenen Kindern standen 297 im 1. Lebensjahr[2]), 130 im 2.—5. Lebensjahr, 11 im 6.—10. Lebensjahr, 5 im 11.—16. Lebensjahr. Es trafen auf Bronchopneumonie 120 (116) Todesfälle [davon 22 bei Pertussis, 20 bei Enteritis, 5 bei Morbillen], auf Gastroenteritis 108 (102), auf Tuberculose 63 (60) Todesfälle [davon 15 Meningitis, 15 Miliartuberculose, 12 Peritonealtuberculose, 15 Phthisis pulm.], auf Atrophie 36 (28), Cholera infantum 21 (45), Eklampsie und Laryngospasmus 18 (13), Lues congenita 12 (8), Debilitas vitae 10 (21), Enteritis follicularis 7 (3), Meningitis simplex 7 (8), Diphtherie 6 (7), Scarlatina und Folgekrankheiten 6 (6), Pneumonia crouposa 6 (14), Bronchitis capillaris [bei Morbillen und Pertussis] 6 (8), Sepsis 3 (4), Nephritis chronica 3 (0), Omphalitis 2, Endocarditis 2, Neubildung 2, Gangraena pulmonum 2 Todesfälle, auf Peritonitis acuta, Encephalitis, Hydrocephalus je 1 Todesfall. — In 86 Fällen konnte die Autopsie gemacht werden.

Die an den 11 508 Kindern zur Beobachtung bezw. Behandlung gekommenen Krankheitsfälle waren — nach dem Reichsschema geordnet — folgende:

I. Entwicklungskrankheiten: Angeborene Lebensschwäche 17 (63), angeborene Missbildungen 70 (37), Atrophie der Kinder 93 (107), Menstruationsanomalien 8 (5).

II. Infections- und allgemeine Krankheiten: Varicellen 142 (102), Scarlatina 108 (133), Morbilli 186 (670), Parotitis epidemica 21 (13), Erysipelas 15 (15), Diphtherie 131 (130), Pertussis 367 (200), Typhus abdominalis 1 (4), Cholera infantum 130 (225), Polyarthritis 19 (24), Blutanomalien 92 (73), Sepsis 2 (5), Entozoen 130 (126), latente Tuberculose 285 (370), Skrophulose 68 (93), Rachitis 778 (980), Neubildung 7 (2), gonorrhoische Vulvovaginitis 45 (47), Lues congenita 78 (99).

III. Localisirte Krankheiten: A. Krankheiten des Nervensystems: Geisteskrankheiten 22 (32), Hirn- und Hirnhautentzündung 35 (41), andere Krankheiten des Gehirns 20 (38), Epilepsie 22 (26), Eklampsie und Laryngospasmus 78 (134), Tetanie 2 (2), Chorea 7 (5), Rückenmarkskrankheiten 10 (6), andere Krankheiten des Nervensystems 86 (59).

B. Krankheiten der Ohren: Des äusseren Ohrs 54 (84), des inneren Ohrs 84 (122).

C. Krankheiten der Augen: Contagiöse Augenkrankheiten 72 (91), andere Augenkrankheiten 192 (247).

D. Krankheiten der Athmungsorgane: Krankheiten der Nase und Adnexa 95 (140), Laryngitis und Pseudocroup 33 (42), acuter Bronchialkatarrh 2458 (2579), chronischer Bronchialkatarrh 38 (70), Lungenentzündung 461 (538), Brustfellentzündung 42 (34), Lungenblutung 4 (9), Lungenschwindsucht 115 (196), andere Krankheiten der Athmungsorgane 10 (11), Kropf 33 (42).

E. Krankheiten der Circulationsorgane: Herz- und Herzbeutelentzündung 23 (16), Klappenfehler und andere Herzkrankheiten 52 (44), Lymphgefäss- und Lymphdrüsenentzündung 133 (89).

F. Krankheiten des Verdauungsapparates: Der Zähne und Adnexa 1330 (1439), Stomatitis und Soor 251 (302), Mandel- und Rachenentzündungen 515 (486), Krankheiten der Speiseröhre 1 (1), Dyspepsie 390 (478), acuter Magendarmkatarrh 1313 (1502), chronischer Magendarmkatarrh 302 (483), habituelle Verstopfung 251 (328), Peritonitis und Perityphlitis 18 (8), Invagination 2 (3), Prolapsus ani 6 (7), Hernien 253 (219), Krankheiten der Leber und ihrer Ausführungsgänge 49 (48), Milzhyperplasien 25 (24).

G. Krankheiten des Urogenitalapparates: Nierenentzündungen 42 (54), Krankheiten der Blase 32 (28), Phimose 82 (88), Wasserbruch 30 (48).

H. Krankheiten der äusseren Bedeckungen: Scabies 112 (150), acute Hautkrankheiten 421 (445), Panaritium und Phlegmone 34 (85), andere Krankheiten der äusseren Bedeckungen 242 (545).

J. Krankheiten der Bewegungsorgane: Der Knochen und Knochenhaut 50 (58), der Gelenke 18 (26), der Muskeln und Sehnen 15 (14).

K. Mechanische Verletzungen: Quetschungen und Zerreissungen 30 (47), Knochenbrüche 27 (36), Verstauchungen 6 (10), Verrenkungen 4 (8), Wunden 162 (169), Verbrennung 28 (17), Erfrierung 2 (1).

Ein Rückblick auf die allgemeinen Morbiditäts- und Mortalitätsverhältnisse im abgelaufenen Jahre ergibt eine gegenüber dem Vorjahre um über 500 Fälle verringerte Frequenz an acuten Infectionskrankheiten, unter welchen nur der Keuchhusten mit 367 Fällen zumeist leichten Charakters hervorragt; die Frequenz der Lungenentzündungen ging herab, doch erlagen viele Patienten des ersten Lebensjahres secundären Pneumonien. Die Scharlacherkrankungen waren zumeist durch fehlendes oder geringes und nur regionäres Exanthem ausgezeichnet, neben zumeist leichtesten Fällen kamen mehrere maligne zur Beobachtung.

Als Assistenten fungirten neben Herrn Dr. Laue die Herren Volontärärzte DDr. Meier, Schukall, v. Schönebeck,

[1]) Die in runden Klammern beigesetzten Ziffern bedeuten im Folgenden stets die entsprechenden Ziffern des Vorjahres.

[2]) 84 von diesen Kindern waren moribund in Behandlung gekommen.

Rommel, ferner in halbjährigem Turnus die Herren DDr. Paffenholz, Tripke, Werner, Schäfer, Gilde, Hönigsberger, Horn, Riederer. Den genannten Herren sei auch an dieser Stelle der beste Dank zum Ausdruck gebracht für ihre pflichttreue Thätigkeit. Allen, welche auch die humanen Zwecke der Kinderpoliklinik im Reisingerianum irgendwie gefördert haben, sei auch hier der wärmste Dank ausgesprochen.

Die Einrichtung der Ortskrankencasse der Fabrikarbeiter zu Lüdenscheid

mit besonderer Berücksichtigung des Verhältnisses zu den Aerzten.

Von Dr. *Gerhardi* in Lüdenscheid (Westfalen).

In den «Fliegenden Blättern» oder sonstwo hat einmal der Witz gestanden, wie eine jener bekannten kleinstädtischen Schauspieltruppen den «Hamlet», da der Rollenschreiber die Rolle des Hamlet abzuschreiben vergessen hatte, frischweg ohne den Hamlet aufführte.

Unter dem Vorbehalt, dass alle Vergleiche mehr oder weniger hinken, kann man sich versucht fühlen, immer wieder an diesen schlechten Witz zu denken, so oft man sich vergegenwärtigt, mit welcher kaum fasslichen Vollständigkeit bei der Schöpfung des Deutschen Krankenversicherungsgesetzes der Arzt in geschäftlicher Hinsicht, in Bezug auf die Festlegung etwaiger Gebührenansprüche, unberücksichtigt blieb. Und bei der in Frage stehenden socialen Einrichtung spielt der Arzt, wenn auch keinen Hamlet im Hamlet, so doch immerhin auch eine Rolle von wesentlicher Bedeutung, sozusagen! Er hat aber, genauer betrachtet, seit nunmehr einem halben Menschenalter gegenüber den Krankencassen zwar Pflichten, aber in gewisser Beziehung so gut wie gar keine Rechte.

Selbst in der neuen Gebührenordnung wird durch den § 2 der «Allgemeinen Bestimmungen» zwar festgesetzt, dass «die niedrigsten Sätze gegenüber den . . . . Arbeiterkrankencassen zur Anwendung gelangen», aber sowohl dem Wortlaut dieses Paragraphen wie der thatsächlichen Praxis nach nur in dem Sinne, dass der Arzt gegenüber den Arbeiterkrankencassen die Pflicht hat, höchstens jene niedrigsten Sätze anzuwenden, nicht etwa, dass er auch berechtigt wäre, mindestens sie in Anrechnung zu setzen. Das Letztere ist ja das Ziel, das sich in jüngster Zeit immer klarer und berechtigter als das zu erstrebende den Augen der Aerzteschaft vorgestellt hat.

Hierzu hat nicht nur der Umstand mitverholfen, dass ein grosser Theil der Aerzte einerseits eine im rein pecuniären, wirthschaftlichen Sinne geradezu jammervolle Entlohnung für die den Mitgliedern von Krankencassen erwiesene ärztliche Mühewaltung erhält und andererseits von den Cassenvorständen in der empörendsten Weise vergewaltigt wird, sondern es kommt hinzu, dass der Unwerth der Entlohnung immer mehr als unwürdig erkannt und empfunden wird. Es ist jedenfalls etwas Schönes um die ärztliche Humanität; ja, ich halte es für ein schönes Vorrecht unseres Standes, einem armen Kranken ärztliche Behandlung kostenlos zu Theil werden zu lassen. Aber solange der Arzt denselben physischen Bedingungen unterliegt, wie alle andern Menschen, solange er mit einer humanen Gesinnung weder sich noch seine Familie ernähren kann, und solange das Geld die Form darstellt, in welcher die menschliche Arbeitsleistung entlohnt und der Werth käuflicher Gegenstände ausgedrückt wird: solange darf auch der Arzt beanspruchen, für seine ärztliche Mühewaltung in einer für seinen Lebensunterhalt ausreichenden und des Werthes der einzelnen Leistung würdigen Weise entlohnt zu werden. Wird aber die ärztliche Leistung nicht viel besser honorirt als die gewöhnlichste Art menschlicher Körperarbeit bezahlt wird, so ist das unwürdig. Wenn ein Arzt einem Manne sein krankes Kind, sei es durch irgendwelche therapeutischen Verordnungen, sei es durch eine etwa eine Stunde dauernde Operation wieder zur Gesundung bringt, gar vom Tode rettet, so kann es keinem Zweifel unterliegen, dass die therapeutischen Verordnungen oder die einstündige Operation höher zu bewerthen sind in Geld, als die Arbeit, die dem betreffenden Mann ein 18jähriger Junge durch einstündiges Holzhacken geleistet hätte. Wollte man wirklich beide Leistungen gleich hoch bezw. niedrig entlohnen, so würde das eben, wie nun einmal die Verhältnisse dieser Welt sind, der ärztlichen Leistung unwürdig sein. Beim Arzte sollte es heissen: entweder nichts, wie vom Armen, oder würdige Honorirung.

Leider muss ich sagen: «sollte es heissen»; denn die Einrichtung der Krankencassen, so wie sie ist, hat, wenn sie auch für die vielen Millionen der Cassenmitglieder von unermesslichem Segen gewesen ist, es bewirkt, dass der Arzt sich vielfach unter dem Zwange der Verhältnisse mit einem Honorar hat begnügen müssen, welches als im Verhältniss zu den Leistungen seines Berufes unwürdig hingestellt werden muss.

Dieser Umstand hat in weiten Kreisen der deutschen Aerzteschaft nicht nur eine mehr oder weniger tiefe Verbitterung gegen äussere Verhältnisse mit hervorgerufen, sondern auch einen Mangel an Befriedigung in dem edelsten der Berufe, dessen Bedeutung in ideeller Hinsicht nicht unterschätzt werden darf.

Nun wäre es ja ein Zeichen von Thorheit, die Schwierigkeiten zu verkennen, die sich vom socialökonomischen Standpunkt aus der Erfüllung des Ideales: «Auch gegenüber den Krankencassen Liquidation der ärztlichen Leistungen nach der Minimaltaxe der Gebührenordnung», augenblicklich noch entgegenstellen. Es lässt sich ja aber wohl vereinigen, der Erreichung des Ideals nachzustreben und einstweilen einen Compromiss zwischen Ideal und Wirklichkeit zu schliessen. Und als ein Beispiel von letzterem möchte ich hier die Einrichtung der Ortskrankencasse der Fabrikarbeiter zu Lüdenscheid kurz auseinandersetzen, die, cum grano salis genommen, in der That als jener vorläufige Compromiss zwischen Ideal und Wirklichkeit gelten kann, wenigstens mehr als die Einrichtung vieler anderer mir bekannter Krankencassen. Uebrigens halte ich es für wahrscheinlich, dass die Grundsätze der hiesigen Einrichtung auch an anderen Orten herrschen. Aehnlich sind offenbar z. B. die Verhältnisse zwischen dem 1300 Mitglieder zählenden «Verein der freigewählten Cassenärzte» zu Berlin und den dortigen Cassen; dieser Verein wird erwähnt in dem sehr lesenswerthen Aufsatz: «Was lehren die Aerztestreiks in Barmen und Remscheid?» von Mugdan, Berlin. Deutsche med. Wochenschr. 17. 11. 1898. Bestehen aber auch schon ähnliche Einrichtungen wie hier in L., so braucht das nicht davon abzuhalten, die Bekanntschaft mit der hiesigen Casse durch eine verbreitete Fachzeitschrift einem weiteren Kreise von Collegen zu vermitteln.

Zu allererst möchte ich ausdrücklich bemerken, dass ich die Einrichtung der hiesigen Fabrikarbeitercasse nicht etwa desshalb bezw. desshalb allein für eine der denkbar besten Lösungen der schwierigen Cassenfrage halte, weil die Aerzte sich besonders gut stehen, weil sie womöglich das ideale Honorar bezögen (was gar nicht der Fall ist), sondern weil neben der verhältnissmässig angenehmen Stellung der Aerzte auch die Cassenmitglieder eine solche Freiheit geniessen, wie sie ein Krankencassenmitglied nur irgend geniessen kann. Ich füge diesem gleich bei, dass ich die thunlichste Freiheit in der Wahl des Arztes grundsätzlich für die erste Bedingung halte, die eine Krankencasse gegenüber ihren Mitgliedern zu erfüllen hat.[1]) Diese thunlichste Freiheit nun geniessen die Mitglieder der hiesigen Ortskrankencasse der Fabrikarbeiter in der Weise, dass sie unter den sämmtlichen hier ansässigen praktischen Aerzten am 1. Januar jeden Jahres für dieses ganze Jahr sich einen Arzt als ihren persönlichen Cassenarzt wählen. Die scheinbar beträchtliche Beschränkung der Freiheit, welche in den Worten «für dieses ganze Jahr» liegt, wird aber zu einem grossen Theil durch den Zusatz wieder aufgehoben: «Wenn ein Cassenmitglied (oder Eins von seinen Angehörigen) im Verlaufe eines Quartals andauernd 6 Wochen ohne Erfolg an einer Krankheit von dem gewählten Cassenarzt behandelt worden ist, so hat das betreffende Cassenmitglied das Recht, am Ersten des nächsten Quartals einen andern Cassenarzt zu wählen.» Indessen wird von diesem Recht, das vor Allem aus Rücksicht auf Phthisiker etc. geschaffen wurde, verhältnissmässig sehr selten Gebrauch gemacht. Neben diesem Recht steht den Cassenmitgliedern noch das andere zu, im Fall einer schweren Erkrankung den behandelnden Cassenarzt zu bitten, einen Collegen zu einer Consultation mitzubringen. Diese Consultation wird, wie ich hier gleich einfügen will, mag sie der Krankheit des directen Cassenmitgliedes oder der eines Angehörigen desselben (Frau, Kind) gelten, von dem hinzugezogenen Arzt mit 6 Mk. bei der Casse liquidirt und von dieser bezahlt. «Von der Casse bezahlt» soll hier und später prägnant ausdrücken, dass das Geld nicht etwa nur von der Casse ausgelegt und später von den Cassenmitgliedern ratenweise wieder eingehalten wird.

Schliesslich haben die Cassenmitglieder natürlich auch in etwaigen Fällen das Recht, den behandelnden gewählten Arzt abzubestellen und auf eigene Kosten einen anderen zu consultiren. Unter solchen Umständen ist es wohl gerechtfertigt, von einer thunlichsten Freiheit in Bezug auf Wahl des Arztes zu sprechen. Die absolute Freiheit, wie sie ja auch bei einigen Cassen besteht, dürfte angesichts der Erscheinung, dass gewisse Elemente der Cassenmitglieder sich oft mehr als nöthig auf «ihr Recht» steifen, weder für den Geldbestand der Casse, noch auch, wenn die Leute wegen eines gewöhnlichen Magenkatarrhs nacheinander 3 oder 4 oder 6 Aerzte consultiren, für die rationelle Behandlung der Kranken von Vortheil sein.

Wenn ich hier gleich mit einem Wort die Hauptrechte der Cassenmitglieder erledigen darf, so haben Letztere für sich und für ihre (nichts bezw. noch nichts verdienenden) Angehörigen Anspruch auf freie ärztliche Behandlung durch den gewählten Cassenarzt oder, in Nothfällen, einen andern, den gewählten Arzt vertretenden Collegen desselben; ferner für sich Anspruch auf freie Arznei, während diese für die Angehörigen (mit Erhalt von 10 Proc. Rabatt) bezahlt werden muss; endlich für sich Anspruch auf freie Behandlung durch einen Specialarzt, während ein solcher für die Angehörigen besonders bezahlt werden muss. Geburtshilfe gehört selbstverständlich zu den Befugnissen der Cassenärzte. Krankengeld-

[1]) Besondere Verhältnisse rechtfertigen allerdings bisweilen eine Ausnahme von der Regel.

ansprüche u. s. w. brauchen hier natürlich nicht erörtert zu werden.

Welches Entgelt erhalten nun für ihre Leistungen die bei der Casse thätigen Aerzte? Zunächst bekommt der gewählte Arzt als solcher ein Fixum von vier Mark per Kopf und Jahr, oder etwas genauer, er bekommt, wenn ihn beispielsweise 400 Mitglieder am 1. Januar gewählt haben, einerlei, ob dieselben unverheirathet oder verheirathet sind, aber auch einerlei, ob sie krank werden oder nicht, ein Jahresfixum von rund 1600 Mark, das in Quartalsvierteln postnumerando ausbezahlt wird. Maassgebend für das Quartalsfixum ist die am Ersten des Quartals für den betreffenden Arzt auf seinen Namen eingetragene Mitgliederzahl, die Zugänge und Abgänge nach dem Ersten, die sich erfahrungsgemäss im Laufe der Zeit ausgleichen, werden nicht berechnet. Nun ist der angeführte Satz von vier Mark jedenfalls nicht hoch zu nennen, indess habe ich ja oben schon erwähnt, dass die Einrichtung der hiesigen Casse nicht etwa ausschliesslich desshalb empfehlenswerth und nachahmungswürdig erschiene, weil das Honorar der Aerzte das Ideal erreichte. Dies geschieht nicht; aber wie bei dem hiesigen Modus der Aerztewahl in gleicher Weise den Interessen der Cassenmitglieder und der Aerzte gedient wird, so entspricht auch die Bezahlungsweise ebensowohl den Interessen der Aerzte, welchen eine gewisse Einnahme sicher ist, wie den Interessen der Cassenverwaltung, deren Geschäftsbetrieb in diesem Punkt natürlich verhältnissmässig ausserordentlich einfach verläuft.

Abgesehen nun von dem Fixum, werden dem Arzte die künstlichen Entbindungen, mögen die betreffenden Frauen nun auf die Fabrik gehen und so directe Cassenmitglieder sein oder mögen sie nur als Familienangehörige der Cassenmitglieder figuriren, besonders bezahlt, und zwar mit Mark 17.50 die in der Nacht und mit Mark 15.— die bei Tage; Frühgeburten werden mit Mark 12.50 liquidirt. Diese Summen werden innerhalb 8 Tagen nach der Entbindung (unter Einlage eines Scheines von der Hebamme: «Ich halte bei der Entbindung der Frau N. N. die Anwesenheit eines Arztes für unumgänglich nothwendig») bei der Casse liquidirt und von dieser bezahlt. Sind zwei Aerzte bei einer Entbindung erforderlich, so liquidirt der assistirende Arzt in derselben Weise.

Operationen fallen mit unter den Begriff der allgemeinen Behandlung und werden dem sie ausführenden gewählten Cassenarzt nicht besonders vergütet. Ist indess eine Narkose oder Assistenz, oder, wie es in der Praxis des praktischen Arztes zuweilen nicht zu umgehen ist, die Vereinigung von beiden erforderlich, so erhält der hinzugezogene College, mag die Operation an einem directen Cassenmitgliede oder dem Angehörigen eines solchen vollzogen sein, von der Casse den untersten Satz der Gebührenordnung bezahlt; er liquidirt also z. B. «Narkose» mit 5 Mark, «Narkose und Assistenz bei Eröffnung (und Ausschabung) eines grossen, tiefliegenden Abscesses» mit 15 Mark.

Dass der von dem gewählten Cassenarzt zu einer Consultation gebetene College für letztere bei der Casse 6 Mark liquidirt, habe ich schon erwähnt.

Etwaige Vertretung des gewählten Cassenarztes durch einen anderen dagegen geschieht, ohne dass dafür liquidirt werden kann, oder z. B.: wenn ein Cassenmitglied in einem eiligen Fall seinen gewählten Arzt zu Haus nicht vorfindet (oder derselbe erkrankt ist), so hat es das Recht, irgend einen anderen Cassenarzt um seine Hilfe zu bitten, zu dessen kostenloser Leistung dieser contractlich verpflichtet ist. Selbstverständlich kommt auch diese Einrichtung den Interessen der Aerzte ebenso sehr entgegen wie denen der Mitglieder; Erstere sind auf Grund dieses Princips sogar im Stande, eine eventuelle sommerliche Erholungsreise zu machen, ohne einen besonderen Vertreter stellen zu müssen. Die Pflicht der Vertretung, die auch bei eiligen Operationen besteht, fällt bei Entbindungen fort, wo der geholte, bezw. zu Haus getroffene und in Thätigkeit getretene Arzt für sich liquidirt. Es entspricht dies dem naturgemässen Grundsatz, dass das Cassenmitglied nicht gehalten ist, seinen gewählten Cassenarzt zur Entbindung zu nehmen, was indess, wo es eben nicht unmöglich, fast immer geschieht.

Das sind kurz diejenigen Punkte der Einrichtung der hiesigen Ortskrankencasse der Fabrikarbeiter, welche hier interessiren. Wenn ich die Vorzüge dieser Einrichtung vor der vieler anderer Cassen noch einmal zusammenfassen darf, so bestehen sie in Folgendem:

Den Cassenmitgliedern ist thunlichste Freiheit in der Wahl des Arztes gesichert; diese kommt auch den Aerzten insofern zu Gute, als jeder der in L. ansässigen praktischen Aerzte von Mitgliedern der Casse als Cassenarzt gewählt werden kann. Der Modus der Wahl und die nach der Erfahrung verhältnissmässig stabile Neigung der Cassenmitglieder bringen es mit sich, dass der gewählte Arzt bei den Cassenmitgliedern und eventuell deren Familien sich mehr oder weniger als Hausarzt fühlt und bei längerer Thätigkeit wie ein solcher mit seinen Patienten in doppeltem Sinne vertraut wird, ihr Zutrauen geniesst und ihre Eigenthümlichkeiten, etwaige Idiosynkrasien etc. kennt. Andererseits verhütet die Wahlfreiheit und die Art ihrer Ausübung, dass Arzt und Patient einer mit der Zeit etwa lässiger werdenden Behandlungsweise — activ bezw. passiv zu verstehen — anheimfallen. Das ärztliche Honorar ist zwar nicht hoch, wenn man indess für die einzelnen Behandlungen das Gebührenminimum ansetzt und die Summe durch Jahresfixum plus Einzelliquidationen dividirt — eine Rechnung, die natürlich immer einigermaassen hypothetisch bleiben muss — so ergeben sich ungefähr 50 Procent der Minimaltaxe als Honorar. Das ist immerhin mehr, als sehr viele andere Cassen zahlen. Davon abgesehen, erhält der Arzt ein Fixum, das ihm jeden Quartalsersten sicher ist und mit dem er wirthschaftlich rechnen kann. Schliesslich möchte ich noch bemerken, dass das Verhältniss zwischen Cassenärzten und Cassenvorstand — mag die Ursache davon nun in der grundsätzlichen Einrichtung der Casse oder in persönlichen und örtlichen Eigenthümlichkeiten oder in Beidem beruhen — immer ein derartiges gewesen ist, dass die in anderen Orten und Cassen zu Tage getretenen höchst unerquicklichen Spannungen und Reibereien oder gar Chicanirereien und Kämpfe hier ganz unbekannt geblieben sind.

Sollte dort, wo Bedürfniss und Möglichkeit dazu vorhanden sind, die hier geschilderte Casseneinrichtung Nachahmung finden, so wäre der Zweck dieser Zeilen erreicht.

Referate und Bücheranzeigen.

Hans Herz: Die Störungen des Verdauungsapparates als Ursache und Folge anderer Erkrankungen. Für praktische Aerzte. Berlin, S. Karger, 1898. 543 S. Preis 10 M.

Der Gedanke, welcher dem neuen und originellen Buche zu Grunde liegt, ist als ein glücklicher zu bezeichnen. Entsprechend seinem Motto: «Wie öfters strebt ihr zu trennen, was euch allen zum Trotz Eins und ein Einiges bleibt» sucht er wieder zu vereinigen, was die übermässige Specialisirung der medicinischen Wissenschaft getrennt hat. Wie jedem Specialfach — die Augenheilkunde besitzt solche Werke schon länger — so werden auch dem in neuerer Zeit besonders cultivirten Specialfach der Verdauungspathologie solche Bücher sehr zu Gute kommen, welche den Zusammenhang mit der Pathologie des übrigen Körpers nicht verloren gehen lassen. Wenn man somit mit der allgemeinen Tendenz des Buches durchaus einverstanden sein kann, so darf man der Ausführung im Einzelnen ebenfalls die Anerkennung nicht versagen. Eine Inhaltsangabe ist unnöthig, der Titel sagt eigentlich schon Alles. Die Beziehungen der Verdauungsstörungen zu sämmtlichen Allgemein- und Organerkrankungen werden abgehandelt. Dass die Lösung einer solchen Aufgabe ein umfassendes Wissen und reiche Erfahrung erfordert, liegt auf der Hand. Rec. glaubt nicht zu irren, wenn er den Eindruck hat, dass dem Verfasser mehr das Erstere, als die Letztere zu Gebote steht. Die ungeheuere Literatur beherrscht er (vergl. das Verzeichniss am Schluss) wenn auch nicht in vollständiger — das wäre kaum möglich — so doch in ausreichender Weise. Zur entschiedenen Stellungnahme in der enorm schwierigen, sicher oft überhaupt unlösbaren, sich immer wiederholenden Frage: Sind die Verdauungsstörungen Ursache oder Folge der anderen Erkrankungen, gehört ausser der Literaturkenntniss eine grosse persönliche Erfahrung. Mit den vom Verfasser getroffenen Entscheidungen kann man sich nicht immer unbedingt einverstanden erklären. Das Gleiche gilt von den vielfach eingestreuten Speculationen, in denen man die Ideen des auch viel citirten O. Rosenbach wiederkennt. Der Werth des umfangreichen thatsächlichen Materials, welches in dem Buche niedergelegt ist, wird durch diese allzu theoretischen Betrachtungen nicht erhöht, wird aber auch nicht wesentlich beeinträchtigt. Alles in Allem ist das Herz'sche Werk ein ausgezeichnetes Nachschlagebuch für den Arzt.

Penzoldt.

S. M. Lukjanow: Grundzüge einer allgemeinen Pathologie der Verdauung. 10 Vorlesungen. Leipzig, Veit & Comp. 1899. 367 Seiten.

Die Vorlesungen Lukjanow's beschäftigen sich mit der gesammten allgemeinen, vorwiegend experimentellen Pathologie der Verdauungsorgane von der Mund- bis zur Analöffnung, einschliesslich der Leber und des Pankreas. In dieser Vollständigkeit darf wohl ein Hauptvorzug des Buches vor den meisten der im Vorwort vom Verf. selbst erwähnten deutschen Werke, welche sich nur mit Magen- und Darmpathologie beschäftigen, erblickt werden und eine Rechtfertigung, die zuerst russisch gedruckten Vorlesungen in deutscher Uebersetzung den beiden anderen allgemeinen pathologischen Werken desselben Verf. (Allgemeine Patho-

logie der Zelle und des Gefässsystems) folgen zu lassen. Ein zweiter Vorzug der vorliegenden Arbeit liegt in den «Anmerkungen», welche uns 80 eng gedruckte Seiten Literatur des vielbearbeiteten Gebietes bringen. Mit grossem Fleiss sind die zahlreichen und umfangreichen Arbeiten zusammengetragen und in den Vorlesungen, gleich wie in einem grossen Sammelreferat verwerthet. Für den Forscher und Lehrer ist ein solches Buch von grossem Werthe. Weniger für den praktischen Arzt. Dafür sind die praktisch wichtigen Dinge, ja überhaupt die gesicherten Thatsachen nicht genügend von dem theoretisch Werthvollen, sowie von den streitigen Punkten herausgehoben. Damit soll natürlich nicht gesagt sein, dass der praktische Arzt nichts von der Lectüre habe. Im Gegentheil wird auch Dieser sicher Belehrung finden. Aber man muss das Buch nicht nur lesen, sondern studiren. Der Forscher auf dem Gebiet der Lehre von der normalen und pathologischen Verdauung darf dem Verf. für seine mühevolle Arbeit immer dankbar sein. Penzoldt.

Dresdner und Rieder: Oekonomische ärztliche Verordnungsweise. München 1898. Dr. C. Wolf u. Sohn.

Das vorliegende eigenartige Werkchen ist einem unmittelbaren praktischen Bedürfniss entsprungen. Der Münchener Aerzteschaft ist es im Laufe des vor. Jahres gelungen, zunächst mit einer der Ortskrankencassen, der Casse für das kaufmännische Personal, das Princip der freien Arztwahl vertragsmässig festzustellen. Im Interesse würdigerer Verhältnisse unseres Standes wäre es unzweifelhaft gelegen, wenn dies allmählich auch bei den übrigen Cassen gelänge. Zwei Punkte sind es hauptsächlich, die die Cassen der freien Arztwahl abgeneigt machen: einmal der Umstand, dass die Aerzte der Abhängigkeit, in die sie den Cassenorganen gegenüber bedauerlicher Weise gekommen sind, alsdann ledig werden; dann aber auch die Befürchtung, dass bei Theilnahme aller Aerzte oder der grossen Mehrzahl derselben an der Behandlung der Cassenkranken die Kosten sowohl für die Behandlung selbst als vor Allem auch für Arzneimittel wesentlich steigen würden. Die Nichtberechtigung dieses zweiten Einwandes nachzuweisen, müssen die Aerzte sich besonders angelegen sein lassen. Denn dieser Punkt pflegt in der öffentlichen Discussion vornehmlich hervorgehoben zu werden. Von Punkt 1 pflegt man weislich zu schweigen.

Ein bedeutsamer Schritt auf diesem Wege ist durch die vorliegende Arbeit gethan worden. Es wird hier nachgewiesen, wie gross die Ersparnisse in der Arzneiverordnung sein können, wenn man mit Sachkenntniss die Vortheile billiger Verschreibung, wie sie ganz im Rahmen der staatlichen Arzneitaxordnung und mit Hilfe der Handverkaufstaxe möglich ist, benützt. Es gebührt den Verfassern grosse Anerkennung, dass sie sich der Mühe, das ganze Gebiet der Arzneiverordnungslehre von diesem Gesichtspunkte aus durchzubeiten, mit so viel Geschick unterzogen haben. Es wäre nur zu wünschen, dass ihr Werk, das bisher nur als Manuscript für die Zwecke der Abtheilung für freie Arztwahl des Münchener ärztlichen Bezirksvereins gedruckt wurde, auch weiteren Kreisen zugänglich gemacht würde. Dadurch würde einem entschiedenen Bedürfnisse abgeholfen, und verhütet, dass gelegentlich sich ein zweiter Dr. Landmann im Dienste der Krankencassen zum Richter über die Verordnungsweise seiner Collegen aufwürfe[1]).

Was den Inhalt des Büchelchens anlangt, so werden zunächst in einem allgemeinen Theil die allgemeinen Grundsätze billiger Verordnungsweise erörtert und die einzelnen Arzneiformen nach diesen durchgegangen. Dankenswerther Weise erfahren dabei auch einfache Maassnahmen der Hydrotherapie die ihnen gebührende Würdigung. In dem speciellen Theil werden alle Präparate der Pharmakopoe hinsichtlich ihrer Preiswürdigkeit einer Kritik unterworfen und bei den theueren auf ihre eventuelle Entbehrlichkeit oder Ersetzbarkeit durch billigere aufmerksam gemacht. Zahlreiche Recepte geben dafür directe Anweisungen. Selbstverständlich ergeben sich bei einem solchen Unternehmen einer Sichtung der ganzen Arzneiverordnungslehre vom ökonomischen Gesichtspunkte aus mancherlei Punkte, in denen man verschiedener Meinung sein kann. Mancher wird ein bestimmtes Medicament oder eine bestimmte Form seiner Verordnung nicht missen mögen, die hier als entbehrlich bezeichnet wird. Wir würden es auch für bedenklich und undurchführbar halten, dass etwa die Aerzte seitens der Cassen in Allem und Jedem auf derartige Vorschriften verpflichtet würden. Das hindert aber nicht, dass in der grossen Mehrzahl aller Fälle die Ersetzbarkeit herkömmlicher theurer Verordnungsweisen durch billigere so einleuchtend ist, dass Niemand sich sträuben kann und wird, danach zu handeln. Ein umfangreicher Anhang mit Preislisten der Handverkaufstaxe, von Medicinalweinen, Unna'schen Pflastermullen, medicinischen Seifen etc. mit Anweisungen zu billiger Herstellung von verschiedenen Arzneiformen zu äusserem Gebrauche, — Gurgelwässer, Spülflüssigkeiten etc. — mit Capiteln über Nährpräparate, Gewerbekrankheiten und Vergiftungen und schliesslich das übliche Krankheitsregister mit kurzer Skizzirung der Therapie tragen wesentlich dazu bei, das Büchlein praktisch in jeder Hinsicht brauchbar zu machen.

Wenn die Aerzte sich dergestalt bemühen, den Krankencassen unnöthige Arzneikosten zu ersparen, so erwerben sie sich dadurch übrigens unzweifelhaft auch noch eine weit grössere Berechtigung, als sie sie bisher schon hatten, bei den Cassen auf eine bessere, als die bisherige beschämend niedrige Honorirung ihrer Leistungen zu dringen. Moritz.

Kübler: Ueber die Dauer der durch die Schutzpockenimpfung bewirkten Immunität gegen Blattern. (Arb. aus d. kaiserl. Gesundheitsamte. Bd. XIV.)

Verfasser zeigt zunächst, dass die Empfänglichkeit für die Revaccination nicht gleichbedeutend ist mit der Empfänglichkeit für natürliche Pocken und dass die Wiederempfänglichkeit für die Vaccine nach Ablauf von 10 Jahren immer noch hinter der ursprünglichen Empfänglichkeit für die Erstimpfung zurücksteht.

Das zweimalige Befallensein von den Blattern ist ein aussergewöhnliches Vorkommen. Die durch Ueberstehen der Blattern erworbene Immunität dauert daher meist lebenslänglich. Die meisten Menschen werden 10 Jahre und länger gegen die Erkrankung und noch über diese Zeit hinaus gegen den Tod an Blattern durch die Impfung geschützt.

Einen für die letzte These bisher noch von Niemand vor dem Verfasser in gleichem Umfange und mit gleich überzeugender Kraft geführten Beweis schöpft derselbe aus der neuesten englischen Statistik, deren Vorzüge insbesondere auf S. 435 eingehender erörtert werden.

Verfasser führt zum Schluss den Beweis (vgl. S. 439 und 443 d. A.), dass die gegnerische Behauptung, die Erkrankungen bei nicht Geimpften, besonders aber die Todesfälle derselben seien durch die starke Betheiligung der noch nicht geimpften kleinen Kinder zu erklären, unrichtig ist. Deeleman-Dresden.

Jessen: Lehrbuch der Zahnheilkunde für Aerzte und Studirende. 2. Auflage. Leipzig und Wien 1899. Verlag von Franz Deuticke.

In knapper, klarer Darstellung bildet dieses Buch gerade für den Arzt, der sich für dieses Gebiet interessirt, eine treffliche Anleitung. Es wird zuerst Anatomie, Physiologie und Pathologie besprochen, während weitere Capitel der conservativen Zahnheilkunde und der zahnärztlichen Technik gewidmet sind. Bei diesem letzteren Abschnitt hätten wir gewünscht, dass gerade der chirurgisch zahnärztlichen Technik (den Prothesen nach Resectionen und den Kieferfracturverbänden) eine etwas eingehendere Besprechung zu Theil geworden wäre, denn dieses ist wohl das den praktischen Arzt und vorzüglich den Chirurgen am meisten interessirende Gebiet der Technik. Dr. Port-München.

Neueste Journalliteratur.

Archiv für klinische Chirurgie. 58. Band, 1. Heft. Berlin, Hirschwald 1899.

1) de Quervain-Chaux-de-Fonds: **Ueber die Fibrome des Halses.**

Auf Grund einer eigenen Beobachtung hat Verfasser im Ganzen 25 Fälle der genannten Erkrankung zusammengestellt und bespricht ihre Aetiologie, Anatomie, Symptomatologie und Therapie.

[1]) Siehe diese Wochenschrift 1898, S. 1564.

2) Heimann-Berlin: **Die Verbreitung der Krebserkrankung, die Häufigkeit ihres Vorkommens an den einzelnen Körpertheilen und ihre chirurgische Behandlung.**

Die rein statistische Arbeit bringt werthvolles Zahlenmaterial zur Kenntniss des Carcinoms.

3) Föderl: **Ueber einen Fall von Inclusion eines Dipygus parasiticus.** (Gussenbauer'sche Klinik Wien.)

Verfasser beschreibt ausführlich einen Fall von Intrafoetation der rechten Lumbalgegend, welche neben einer Dünn- und Dickdarmschlinge ein teratoides Kystom und in dem umgebenden Fettgewebe eingelagert Lymphdrüsen, Knorpel, Pacini'sche Körperchen und Ganglien neben reichlichen Nerven und Gefässen enthielt.

Die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarkes zeigte bis zum oberen Sacralmarke 3 Rückenmarksquerschnitte mit 3 von einander gesonderten Centralcanälen. Die sehr sorgfältige Untersuchung des Rückenmarkes ist von E. Redlich ausgeführt. 2 Rückenmarksquerschnitte mussten auf eine Spina bifida bezogen werden. Ausser der letzteren bestand noch eine Meningocele, eine Hernia lumbalis und ein Pes equino-varus.

4) Eichel-Strassburg: **Ueber intraperitoneale Kochsalzinfusionen.**

Um nach schweren Blutverlusten eine permanente Einführung von Kochsalzlösung in die Bauchhöhle vornehmen zu können, hat Verfasser einen Apparat construirt, der gestattet, in der Minute 1 ccm Kochsalzlösung in die Peritonealhöhle einträufeln zu lassen Der Apparat hat sich sowohl bei Thierversuchen, wie beim Menschen (Verlust von 2 Liter Blut aus einer Leberwunde) sehr gut bewährt und ist bei Streisguth in Strassburg für 20 Mk. käuflich.

5) v. Baracz-Lemberg: **Experimenteller Beitrag zur Frage der totalen Darmausschaltung mit totalem Verschluss der ausgeschalteten Darmschlinge, zugleich Beitrag zur axialen Darmvereinigung.**

Die totale Darmausschaltung mit völligem Verschluss der ausgeschalteten Darmschlinge ist zuerst vom Verfasser im Jahre 1893 und nachher nur noch 3mal ausgeführt worden. Bei allen übrigen Darmausschaltungen wurde immer eine Fistel belassen, da die Mehrzahl der Operateure einen völligen Verschluss der Schlinge für zu gefährlich erklärt. Auf Grund der auseinandergehenden Meinungen hat v. B. nun eine nochmalige experimentelle Prüfung der Frage für nothwendig gehalten und 17 Versuche an Hunden angestellt. Auf Grund derselben kommt Verfasser zu dem Schluss, dass die totale Darmausschaltung mit totalem Verschluss beim Hunde mit grossen Gefahren verbunden ist, und daher beim Menschen nicht angezeigt scheint. Die Gefahren drohen auch bei gelungenen Fällen von dem mit der Zeit sich ansammelnden bacterienreichen Inhalt.

Bei der Darmnaht hat sich in den Experimenten am Besten das Verfahren von Landerer bewährt, — Vereinigung mittelst eines vegetabilischen Cylinders, wobei v. B. noch rund herum Verstärkungsnähte nach Lembert legte.

6) Sykow-Morkau: **Ueber einen Fall von Struma aberrans renis.**

Mittheilung eines einschlägigen Falles.

7) Mehnert-Halle: **Ueber die klinische Bedeutung der Oesophagus- und Aortenvariationen.** (Anatomie Strassburg i. E.)

M. hält die individuellen Variationen der einzelnen Organe für viel zu wenig studirt, trotzdem schon Darwin auf deren Bedeutung hingewiesen hat.

M. hat sich zunächst den Oesophagus zum Studium ausgesucht. Nach einer sehr interessanten Literaturstudie über die Lagevariationen der Speiseröhre berichtet er über seine Befunde, welche die Formvariationen derselben betreffen. Aus derselben ergibt sich, dass im ganzen Verlaufe der Speiseröhre physiologische Einschnürungen vorkommen. Am häufigsten sind dieselben an drei Stellen, am Anfang, an der Bifurcation und am Endstück. In Summa kann man aber 13 solcher Engen unterscheiden, deren oberste die Ringknorpelenge, die unterste die inconstante Cardiafurche ist. Zur Erklärung dieser Variationen kann nur die Druckwirkung von Seiten der Umgebung in Frage kommen, besonders die vom Ringknorpel, vom Zwerchfell und von der Bifurcation.

Bezüglich der Lagevariationen der Aorta ergab sich dem Verfasser, dass die Aorta beim Embryo in der Mittellinie liegt. Während der Wachsthumsperiode rückt sie dann an den linken Rand der Wirbelsäule, und sinkt schliesslich in Folge von seniler Erschlaffung und consecutiver Verlängerung des ganzen Gefässrohres nach hinten, in das gleiche Niveau mit dem Wirbelkörper. Bei jugendlichen Individuen kann durch die prävertebrale Lage der Aorta, wenn damit eine ganz bestimmte Lage der Speiseröhre sich verbindet, eine Aortenenge der Speiseröhre entstehen. Da bei Kindern Aorta und Oesophagus dicht beisammen liegen, so ist bei ihnen die Gefahr einer Aortenverletzung bei eingeklemmten kantigen Fremdkörpern grösser als bei Erwachsenen.

Sehr bemerkenswerth ist der vom Verfasser geführte Nachweis, dass die ringförmigen Verätzungsstricturen sich direct ableiten lassen von den genau an den gleichen Stellen vorkommenden physiologischen Engen. Krecke.

Beiträge zur klinischen Chirurgie. Herausgegeben von P. Bruns. XXIII. Band, 1. Heft. Tübingen, Laupp 1899.

Das 1. Heft des 23. Bandes reiht sich rasch und ebenbürtig seinen Vorgängern an, dasselbe eröffnet eine Arbeit aus der Heidelberger Klinik von Steudel: **Die in den letzten Jahren an der Czerny'schen Klinik ausgeführten Magenoperationen und die Endresultate der früheren Operationen** und schliesst diese Arbeit an die früheren, aus der gleichen Klinik von Czerny, Rindfleisch, Dreydorff und Mündler an und umfasst sämmtliche vom Mai 1895 bis Ende 1897 operirten Fälle; 8 Pylorektomien (7 Carcinome, 1 Sarkom), wovon 3 im Anschluss an die Operation (2 an Pneumonie) starben, 3 nach der Entlassung an Recidiven starben, 2 noch leben. St. berechnet eine durchschnittliche Lebensdauer von 11 Monaten nach der Operation, 37 Proc. Mortalität. Die Pyloroplastik wird seit 1896 nicht mehr ausgeführt, von Gastroenterostomien werden 47 Fälle kurz berichtet.

C. Nieny: **Zur Pathologie und Therapie der Halskiemenfisteln,** theilt eine betr. Beobachtung aus der Rostocker Klinik mit und empfiehlt als das rationellste Verfahren die totale Exstirpation des gesammten Fistelganges, die innere Fistelmündung soll umgestülpt und die Wunde durch die Naht geschlossen werden; die Ausschälung ist möglichst stumpf und möglichst nahe ihrer eigenen Wand durchzuführen.

Aus der Heidelberger Klinik berichtet P. Assmy: **Ueber den Einfluss der Durchtrennung motorischer Nerven auf die Narbenbildung bei extramedianen Bauchschnitten** und ist, gestützt durch entsprechende experimentelle Untersuchungen, der Ansicht, dass eine neurotische Atrophie der Muskeln Grund der späteren Hernienbildung nach Laparotomien ist und dass bei Schnitten im Rectus sowohl, als bei anderweitigen Muskelschnitten auf den Nervenverlauf Rücksicht zu nehmen sei.

A. Bischitzky: **Ueber äussere subseröse Lipome des Ellbogengelenkes.**

B. beschreibt einen betr. Fall aus der Prager Klinik bei 45jähr. Müllergehilfen, in dem die Diagnose auf Lipom, von der tiefen Fascie ausgehend, gestellt war und die Exstirpation von 2 Längsschnitten aus vorgenommen wurde. Als Ausgangspunkt wird das fettreiche, pericapsuläre Gewebe angenommen und der Process als analog den subsynovialen Sehnenscheidenlipomen angesehen.

G. Lotheissen berichtet aus der Innsbrucker Klinik: **Ueber den angeborenen Mangel des Oberschenkelknochens** und reiht an 1 Fall eigener Beobachtung 4 aus der Literatur an; meist waren Rudimente des Oberschenkels, an die sich die Muskeln ansetzten, noch vorhanden, meist fehlten auch Patella und Fibula, 2 Tarsalknochen und einige Zehen.

M. Wilms berichtet aus der Leipziger Klinik zur **Pathogenese des Keloid** im Anschluss an 2 interessante Fälle von multiplem Narbenkeloid nach Schwefelsäureverätzung, an die er histologische Untersuchungen anschliesst; er nimmt aetiologisch neben einer gewissen Disposition die Wirksamkeit äusserer Momente an.

W. Becker bespricht aus der Tübinger Klinik die **inguinalen Blasenbrüche,**

E. Levy aus der gleichen Klinik die **metastatische Meningitis nach Verletzungen.**

Schrader: **(Ueber die habituelle Schulterluxation in Folge von Syringomyelie),** beschreibt 2 diesbezügliche Fälle aus der v. Bruns'schen Klinik, ein Pat. vermochte die Luxation selbst herzustellen. Der Arm konnte leicht nach vorn und hinten luxirt werden, dabei bestanden charakteristische Sensibilitätsstörungen etc. Aus der Literatur lassen sich 13 Beobachtungen habitueller Luxation bei Syringomyelie zusammenstellen. (6 davon durch äussere Veranlassung entstanden, bei 5 die spontane Entstehung besonders erwähnt.) Die Versuche der Fixation hatten in keinem Falle dauernden Erfolg. 2mal wurde resecirt, die Prognose ist im Allgemeinen ungünstig.

B. Honsell beschreibt aus der gleichen Klinik ein **Enchondrom des Deltamuskels,** das ohne subjective Störungen und Beschwerden sich klinisch durch relative Gutartigkeit auszeichnete und einen zweifaustgrossen harten Tumor an der Vorderseite der Schulter bildete, der mit dem Muskel verschieblich war und sich leicht aus dem Deltoideus ausschälen liess, wenn auch an einzelnen Stellen etwas Muskelgewebe mit entfernt werden musste.

O. Wendel berichtet aus der gleichen Klinik zur **Casuistik der Schussverletzungen der Wirbelsäule** und beschreibt einen Fall von Revolverschussverletzung, wobei das 9 mm-Projectil die l. Lunge durchsetzte, durch den Körper des 9. Brustwirbels von links hereingetreten, die l. Seite des Bogens zertrümmerte, sowie den Proc. spinosus und auf der r. Seite im Muskel stecken blieb. Die schweren Lähmungserscheinungen (Paraplegie) waren nur durch punktförmige Blutungen im Rückenmark bedingt. W. reiht 2 weitere Fälle geheilter Schussverletzungen an, in denen das Projectil im 8. Brustwirbel durch Röntgenstrahlen nachgewiesen wurde, in denen die anfänglichen Lähmungserscheinungen heilten.

v. Bruns: **Ueber die Wirkung der neuesten englischen Armeegeschosse (Hohlspitzengeschosse)** schildert seine mit dem neuen englischen Projectil und dem Originalgewehr (wie es im letzten Sudanfeldzuge benützt wurde) gewonnenen Schussbefunde,

die ergaben, dass dieses an der conischen Spitze einen Hohlraum darbietende Nickelmantelgeschoss ähnliche ballistische Eigenschaften, wie unser Armeegewehr No. 88 zeigt, beim Nahschuss ausserordentlich leicht sich deformirt und enorme Zerreissungen anrichtet, wie sich aus den Abbildungen eines Herzschusses auf ein lebendes Pferd und von Extremitätenschüssen an Leichen, die mit entsprechenden Röntgenbildern dargestellt werden, ergibt; unerhört schwer sind besonders die Verletzungen bei Schüssen in flüssigkeiterfüllte Hohlorgane, in denen eine ganz enorme Sprengwirkung zu Stande kommt. Schr.

Centralblatt für Chirurgie. 1899. No. 2.

V. Chlumsky: **Zur Beurtheilung der verschiedenen Methoden der Darmvereinigung.**

Verf. berichtet über eine Reihe von Versuchen, die er über die Festigkeit der Darmanastomosen an Thieren anstellte; dieselben ergaben, dass die Festigkeit der am lebenden Hund angelegten Darmanastomosen innerhalb der ersten 4 Tage constant geringer wurde, am 5. Tag nahm sie wieder zu und stieg nach 7 Tagen so hoch (150–340 mm Hg), dass sie die Festigkeit der frischen Anastomosen wieder erreichte, nach 10 Tagen platzte (bei 380—450 mm Hg) die intacte Darmwand früher als die Anastomose.

Circuläre Anastomosen hielten im Allgemeinen einen höheren Druck aus, als die lateralen. Alle Anastomosen waren am 3—5. Tag sehr brüchig. Verwachsungen mit der Umgebung, hauptsächlich dem Omentum, waren regelmässig vorhanden. Für die Knopfmethoden fielen Chl.'s Untersuchungen weniger günstig aus, besonders die decalcinirten Knochenknöpfe wurden sehr zeitig resorbirt und gingen frühzeitig und nur theilweise verdaut ab.

Noll: **Fall von secundärer Darmresection wegen gangraenöser Hernie.** Schr.

Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. XL. Band. 1. Heft. Stuttgart, F. Enke 1899.

1) Hans Schröder-Bonn: **Ueber die Behandlung der Blasentuberculose mit T. R.**

Ein sorgfältig beobachteter Fall von Blasentuberculose, der mit dem neuen Tuberculinpräparat behandelt worden war. Er betraf eine 39jähr. Kranke, die in der Kindheit Coxitis gehabt hatte und ihr Blasenleiden 2—4 Monate zurückdatirte. Die Diagnose «Tuberculose» wurde durch den cystoskopischen Befund (Ulcerationen und Knötchen in der Blase) und durch die mikroskopische Harnuntersuchung (Tuberkelbacillen) erhoben. Die Behandlung bestand Anfangs nur in Blasenspülungen mit Borwasser und Argentum nitricum-Lösungen, später in Tuberculininjectionen und Blasenspülungen. Die Dosis des Tuberculins schwankte von $^1/_{500}$ bis zu 20 mg. Nach 6 Monaten war Patientin so weit gebessert, dass sie entlassen wurde: sie kam aber nach $^1/_2$ Jahre mit einem Recidiv wieder zur Aufnahme. — Sch. erklärt es selbst für zweifelhaft, ob die Besserung dem T. R. oder den Blasenspülungen zu verdanken ist; jedenfalls konnten beide Mittel keine völlige Heilung erzielen. Der Fall ist also eigentlich für die Brauchbarkeit des T. R. nicht recht zu verwerthen.

2) A. M. Eberlin-Moskau: **Ueber 2 Geburten bei Scheidenatresie.**

Es handelte sich um 2 Fälle acquirirter Atresie auf der Basis einer congenitalen Stenose. Es bestand hinter dem Hymen eine fleischige Membran, die den Scheideneingang völlig verschloss. Die Behandlung bestand in kreisförmiger Excision und Naht der Ränder. Die Geburt und das Wochenbett verlief beide Male ohne Störungen.

Diese Atresien, von denen E. nur 3 Fälle in der Literatur kennt, sind natürlich stets erworben, da bei angebornen eine Conception nicht möglich ist. Die Ursachen des Uebergangs einer Stenose in die Atresie sind entweder Vaginitis gonorrhoica oder ein Trauma beim Coitus. Für die Therapie empfiehlt E. die Excision der Membran in Narkose u. z. vor Eintritt des Kopfes in das Becken, um die Blutung besser stillen und die Geburt richtig controliren zu können.

3) G. Burckhard-Würzburg: **2 Doppelmissbildungen.**

Beschreibung eines Diprosopus distomus und eines Janiceps asymmetros, die ohne Abbildungen nicht verständlich ist. Wir müssen desswegen auf das Original verweisen.

4) M. Lange Königsberg: **Die Beziehungen der Schilddrüse zur Schwangerschaft.**

Die Resultate dieser Arbeit, die sich auf 5jährige Untersuchungen an über 300 Schwangeren und Wöchnerinnen nebst Thierexperimenten stützen, sind kurz folgende.

Eine Hyperplasie der Schilddrüse, der «Schwangerschaftskropf», ist eine physiologische Erscheinung der Gravidität. Durch Darreichung von Schilddrüsenpräparaten gelang es, den Kropf zu verkleinern, woraus L. schliesst, dass es sich nicht um blosse Hyperaemie, sondern um Vermehrung der Drüsensubstanz dabei handelt. Bei Schwangerschaftsnephritis fand L. die Hyperplasie der Schilddrüse niemals, wohl aber in 2 Fällen von Nephritis chronica.

Durch seine Thierversuche wollte L. feststellen, ob Verminderung der Schilddrüsenmasse Nierenveränderungen hervorruft, und ob trächtige Thiere sich hierin nicht trächtigen gleich verhalten. Zu Versuchsthieren dienten Katzen. Es zeigte sich nun, dass trächtige Thiere zur Erhaltung ihrer Gesundheit mehr Schilddrüsenmasse brauchen, als nicht trächtige. Bei ersteren erfolgte nach Exstirpation von mehr als vier Fünftel der Thyreoidea Tetanie, welche auf Jodothyringebrauch zurückging. Bei einem Schilddrüsenreste, mit welchem nicht trächtige Katzen noch gesund blieben, acquirirten trächtige Thiere eine schleichende Nierenaffection, zuweilen mit Krämpfen verbunden, die aber nicht Tetanie waren und von Jodothyrin nicht beeinflusst wurden. Bei der Schwangerschaftsniere des Menschen zeigte Jodothyrin einen unverkennbaren Einfluss; es steigerte die Diurese und verminderte den Albumengehalt des Urins.

5) E. Ries-Chicago: **Steinbildung im Ovarium.**

R. beschreibt 3 Fälle circumscripter Steinbildung im Ovarium, die er im Laufe eines Jahres beobachtete Bei zweien handelte es sich um Hydrosalpinx, bei einem um Pyosalpinx. Mikroskopisch zeigten entkalkte Stücke völlige Structurlosigkeit. Chemisch bestanden die Steine aus fibrösem Material mit etwas Fett und Cholestearin, ferner aus kohlensaurem und phosphorsaurem Kalk und Magnesium. In der Literatur konnte R. nur 4 analoge Fälle auffinden. Die Entstehung der Steine führt R. auf Corpora lutea zurück, aus denen sie ähnlich wie die Corpus luteum-Cysten durch regressive Metamorphose zu Stande kommen. Auch die Möglichkeit einer Entstehung aus solchen Cysten muss zugegeben werden.

6) Koblank-Berlin: **Zur puerperalen Infection. 2. Theil.**

K. hat die bacteriologischen Untersuchungen der verschiedenen Autoren über den Keimgehalt des Scheidensecretes Schwangerer nachgeprüft. Er fand ebenso, wie viele Andere, Streptococcen im normalen Secret. Impfungen damit blieben jedoch meist erfolglos (bei Mäusen und Kaninchen). Trotzdem will K. keine besondere Streptococcenart der normalen Scheide annehmen, da die negativen Thiererfolge auch durch Immunität des betreffenden Thieres erklärt werden können. Als Ergebniss seiner Untersuchungen bezeichnet K. vor Allem, dass die bacteriologischen Befunde nur mit grösster Vorsicht für das klinische Handeln verwerthet werden dürfen.

7) Heinrich Schultz-Ofen-Pest: **Beiträge zur Pathologie und Therapie der Uterusgonorrhoe.**

Sch.'s Untersuchungen basiren auf 200 Fällen; das Material entstammt dem St. Rochusspital in Ofen-Pest. Für ihn hört die Infectionsthätigkeit der Gonorrhoe erst dann auf, wenn die Gonococcen aus dem Secret verschwunden sind, gleichviel ob letzteres glasig oder eitrig ist. Waren im Cervixsecret keine Gonococcen mehr, dann enthielt auch das Uterussecret keine. Bei positivem Befunde war das Secret nur bei 50—60 Proc. der Fälle eitrig, sonst glasig oder bloss trübe. Die Behauptung Bröse's, dass jede Gonorrhoische auch Uterusgonorrhoe bekommt, konnte Sch. nicht bestätigen; selbst bei vorhandener Cervixgonorrhoe entwickelte sich nur in 38 Proc. der Fälle auch Uterusgonorrhoe. Adnexerkrankungen traten bei blosser Cervixgonorrhoe in 38 Proc., bei Uterusgonorrhoe in 45 Proc. der Fälle ein. Therapeutisch hat Sch. die verschiedensten Versuche angestellt; er applicirte den Eisbeutel auf den Bauch und den Heitzmann'schen Scheidenkühler in die Vagina, machte intrauterine Injectionen mit 4 proc. Protargol, Holzessig, 5—10 proc. Argent. nitr. und schliesslich mit 10 proc. Argentamin. Letzteres Mittel hat sich am besten bewährt. Es muss 2 mal wöchentlich applicirt werden bis zum Verschwinden der Gonococcen, vorausgesetzt, dass keine Entzündungserscheinungen die Injectionen contraindiciren.

8) Rudolf Spuler-Berlin: **Beiträge zur Histologie der Blasenmole.**

Aus der histologischen Untersuchung zweier Blasenmolen glaubt S. den Schluss ableiten zu dürfen, dass bei dieser Affection von dem Ektoderm eine syncytiale Bildung ausgehen kann. Für die Herkunft des Syncytiums bei der normalen Placentation dürfte damit nicht viel gewonnen sein.

9) Ludwig Blumreich-Berlin. **Syncytiale Wanderzellen und Syncytioma malignum.**

B. weist auf die Schwierigkeiten hin, aus curettirten Massen mikroskopisch zu bestimmen, ob es sich um gutartige oder maligne Wucherungen handelt. Er beschreibt genau den mikroskopischen Befund solcher Massen, die von einer 26jähr. Multipara stammten; dieselbe war wegen Blutungen nach Abort curettirt worden. Er vergleicht dann seine Befunde mit den Angaben in der Literatur über maligne Syncytiome und gutartige Wucherungen der syncytialen Massen oder Riesenzellen und der Langhans'schen Zellen in der Serotina. Das Ergebniss dieser Untersuchung ist recht unbefriedigend. Die gefundenen Angaben trafen sowohl auf maligne wie auf gutartige Wucherungen zu. In B.'s Fall wurde desshalb die Entscheidung über eine event. Radicaloperation noch hinausgeschoben. Die Frau wurde und blieb gesund. Der Fall lehrt jedoch, dass auch bei malignen Processen die mikroskopische Untersuchung der ausgeschabten Massen nicht zum Ziele führt.

10) Johann Veit-Leiden: **Zur Behandlung früher Extrauterinschwangerschaften.**

Bereits ref. in dieser Wochenschr. 1898, No. 42, S. 1353.

Jaffé-Hamburg.

Centralblatt für Gynäkologie, 1899, No. 3

1) F. Marchand-Marburg: **Ueber die Fortdauer der automatischen Herzcontractionen nach dem Tode bei Neugeborenen.**

M. berichtet über 2 Fälle von Persistenz der Herzaction nach dem Tode bei Kindern nach der Geburt. Der 1. Fall betraf einen 4 Tage alten Knaben, der von seiner Mutter mit Milzbrand inficirt worden war. Die Section wurde 1 Stunde nach dem Tode gemacht. Im 2. Falle handelt es sich um ein ½ Stunde nach der Geburt gestorbenes Kind, das etwa 2 Stunden später secirt wurde. Hier fanden sich im linken Vorhof und den Lungenvenen reichliche Luftblasen.

2) R. Kossmann-Berlin: **Ueber die «Zweckmässigkeit» des Uterusepithels.**

Ein Polemik gegen Pfannenstiels Kritik von K.'s Bemerkungen (cf. dieses Bl. 1898, No. 50, S. 1598), zum Referat nicht geeignet.

3) R. v. Braun-Fernwald: **Zur Kranioklastfrage.**

Eine Vertheidigung des alten einfachen Kranioklasten von C. Braun gegenüber dem neuen von Fehling (cf. diese Wochenschrift 1898, No. 45) empfohlenen viertheiligen Kranioklasten oder Kephalo-thrypt-helktor.

4) Sigmund Gottschalk-Berlin: **Zur Behandlung des ulcerirenden, inoperabeln Cervixcarcinoms.**

Nach Ausschabung und Ausbrennung der Neubildung mit dem Paquelin umschneidet G. 2—3 cm unterhalb der untern Grenze des Carcinoms die Scheide ringförmig mit dem Glüheisen und stülpt den abgelösten Scheidenlappen bei der Jodoformgazetamponade in den Krater hinein. Hierdurch entsteht ein querer Verschluss der Vagina, indem die wunden Flächen fest miteinander verkleben. Es soll hierdurch eine monatelange Sistirung der Blutungen und Jauchung zu Stande kommen.

Jaffé-Hamburg.

Jahrbuch für Kinderheilkunde. 1898, Bd. 49, 1. Heft.

1) A. Schmidt-Altona: **Ueber passive und active Bewegung des Kindes im ersten Lebensjahre.**

Zur Vermeidung der «Spitalkrankheit», Atrophie der Kinder im ersten Lebensjahre in Folge von mangelnder Bewegung wird active und passive Bewegung derselben empfohlen.

2) A Würtz: **Ein Beitrag zur posttyphösen Periostitis im Kindesalter.** (Aus der Strassburger Kinderklinik.)

Entsprechend der geringen Intensität der localen Erscheinungen, der unbedeutenden Darmulcerationen beim Typhus im Kindesalter sind die posttyphösen metastatischen Periostitiden in dieser Zeit relativ selten. Der mitgetheilte Fall von Sequesterbildung des Corpus sterni und Ausstossung des Sequesters bei der Incision intra vitam verdient als Unicum ein gewisses Interesse. Die Diagnose: typhöse eitrige Periostitis war intra vitam mikroskopisch — und culturell (Anmerkung des Referenten) durch Nachweis der Reincultur aus dem Eiter gestellt worden.

3 u. 4) R. Fischl-Prag und F. Siegert-Strassburg: **Ueber die Anaemien im frühen Kindesalter.** Referate, erstattet in der Gesellschaft für Kinderheilkunde der 70. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Düsseldorf, September 1898.

Referirt in No. 43, Jahrgang 1898.

5) R. Fischl-Prag: **Zur Kenntniss der Encephalitis beim Säugling.**

Referirt in No. 42, Jahrgang 1898.

6) Schmid-Monnard-Halle: **Ueber die Nahrungsmengen normaler Flaschenkinder.**

Referirt in No. 42, Jahrgang 1898.

7) Bókay-Ofen-Pest: **Beiträge zur Kenntniss des congenitalen Hydrocephalus externus.** (Aus dem «Stephanie»-Kinderspitale zu Ofen-Pest.)

Zu kurzem Referat nicht geeignet, im Original nachzulesen.

8) M. Heim-Zürich: **Ueber die Verwendung von Aleuronat zur Säuglingsnahrung.**

Warme Empfehlung von Aleuronat als Zusatz zur Milch schon von den ersten Lebenswochen an, vom dritten Lebensmonat an als Aleuronat-Hafermehlbrei neben Vollmilch. (!)

9) Szalárdi-Ofen-Pest: **Die Sterblichkeit in den Säuglingsspitälern.**

Auf Grund eines Materials, das von dem in den Kinderkliniken — nicht nur in Deutschland — zur Aufnahme gelangenden gänzlich verschieden ist, handelt es sich doch bei Sz. vorwiegend um gesunde, von der Mutter gestillte Kinder, während das Material der Kinderkliniken im ersten Lebensjahre zur Hälfte und mehr aus meist vernachlässigten acuten und chronischen Enteritiden besteht — wird die angeblich verwerfliche Organisation der deutschen Säuglingsspitäler für die bekannte hohe Mortalitätsziffer verantwortlich gemacht. Der von Heubner und seiner Schule wieder in den Vordergrund gerückte Factor, die Gefahren des Zusammenseins resistenzloser Säuglinge, von denen ein Theil an infectiösen Verdauungsstörungen leidet, wird merkwürdiger Weise als ganz nebensächlich bezeichnet. Die Schlussfolgerungen des V. entsprechen nur den Heubner'schen Forderungen.

H. Finkelstein-Berlin: **Bemerkungen zu dem Aufsatze des Herrn Szalárdi.**

Sachliche Einwendungen und Berichtigung einiger von Sz. irrthümlich angegebener Thatsachen des Verfassers.

10) Goeppert-Breslau: **Ueber die Anwendung schmerzstillender Mittel bei Munderkrankungen der Kinder.** (Aus der Universitätskinderklinik zu Breslau.)

Empfehlung von «Aneson» und «Orthoform» bei schmerzhaften Ulcerationen der Mundschleimhaut.

Kleinere Mittheilung.

1) Hagenbach-Burckhard-Basel: **I. Tetanie der Blase neben typischer Tetanie eines hochgradig rachitischen Kindes. II. Poliomyelitis acuta mit Tod 3 Tage nach der Erkrankung. III. Teratom der rechten Hals- und Submaxillargegend.** Congenital. **Entfernung in der 4. Lebenswoche. Heilung.**

2) C. Binz-Bonn: **Chinin gegen den Keuchhusten.**

Nachweis der Priorität der Einführung des Chinins in die Keuchhustentherapie.

3) Göppert-Breslau: **Ein Fall von hochgradiger Herzhypertrophie im Kindesalter.** (Aus der Universitätskinderklinik zu Breslau.)

4) Gregor-Breslau: **Ein Fall von angeborener Missbildung der Luftröhre.** Circumscripte Verengerung mit Fehlen der Pars membranacea. (Aus der Universitätskinderklinik zu Breslau.)

5) Géza Faludy: **Geldstücke in der Speiseröhre.** Mit Abbildung. (Aus dem «Stephanie»-Kinderspitale zu Ofen-Pest.)

6) Leo Löwy: **Ein lehrreicher Fall von Écouvillonnage.** (Aus dem gleichen Spitale.)

Als solche wird die Lösung und spontane Ausstossung einer tracheobronchialen diphtherischen Membran bei kurzer Intubation bezeichnet, wie sie überall, wo intubirt wird, häufig beobachtet wird.

Siegert-Strassburg.

Berliner klinische Wochenschrift, 1899. No. 4.

1) H. Ruge und Hierokles-Berlin: **Ueber Thrombosen bei Lungentuberculose.**

Die Verfasser haben 1778 Fälle von Lungentuberculose auf Complication mit Thrombosen untersucht; es fanden sich 19 mal Thrombosen im venösen Gebiete des Körpers, also in mehr als 1 Proc. Dieselben betrafen 12 Frauen, 7 Männer, und zwar waren es durchweg schwere Tuberculosen, die innerhalb 1 oder einiger Monate starben. (Die Krankengeschichten sind im Originale kurz mitgetheilt.) Die Venenthrombosen, an denen die verschiedensten venösen Gebiete betheiligt waren, traten durchschnittlich 2 bis 3 Wochen vor dem Tode auf. Es handelte sich um marantische Thromben, gegen die therapeutisch nur absolute Bettruhe und Hochlagerung des betr. Gliedes in Frage kommen. Solche Venenthrombosen können auch bei ganz vorgeschrittener Phthise noch heilen, in Gangraen gehen sie sehr selten aus.

2) R. Gradenwitz-Breslau: **Ueber die specifische localanaesthesirende Kraft einiger Substanzen.**

Gr. suchte durch Versuche an enthirnten Fröschen Vergleichswerthe zwischen der specifischen Wirksamkeit einiger zum Zwecke localer Anaesthesie verwendeter Substanzen aufzufinden. Der Inhalt des wesentlich pharmakologischen Artikels eignet sich nicht zu kurzer Wiedergabe.

3) A. Hasenfeld und B. Fenyvessy-Ofen-Pest: **Ueber die Leistungsfähigkeit des fettig entarteten Herzens.** (Fortsetzung folgt.)

4) F. Ostwalt-Paris: **Ueber einen eigenartigen Fall von Zerreissung einer Aortenklappe.**

Der Verlauf des näher geschilderten Falles war folgender: Ein 68jähriger, an Arteriosklerose leidender Mann, der niemals an Gelenkrheumatismus, an einer Herzkrankheit oder an Herzklopfen gelitten hatte, erlitt durch eine ungewöhnlich starke Muskelanstrengung einerseits einen Leistenbruch, andererseits eine Laesion des Klappenapparates. Letztere deutet O. für eine Zerreissung einer Aortaklappe, da plötzlich Herzklopfen, sowie ein diastolisches Geräusch über der Aorta auftrat. Letzteres bildete sich allmählich fast ganz zurück. Am Tage nach dem Unfalle zeigte sich eine Embolie der r. arter. centr. retinae. Ein Aortenaneurysma ist auszuschliessen. Verfasser bespricht die Casuistik solcher Fälle. Wenn die Klappen durch Endocarditis oder Arteriosklerose verändert sind, dürfte schon eine geringe Steigerung des Blutdruckes zur Zerreissung führen können. Bezüglich der Symptomatologie ist merkwürdig, dass in dem mitgetheilten Falle subjectiv sehr geringe Beschwerden bestanden. Für die Erkennung der Aortenklappenruptur war die Constatirung der Netzhautembolie ausschlaggebend. Verfasser glaubt, sie sei dadurch entstanden, dass Blutgerinnsel, die sich an der Stelle der Klappenruptur niedergeschlagen hatten, durch den Blutstrom losgerissen und verschleppt wurden.

5) A. Lorenz-Wien: **Bemerkungen zur Therapie der angeborenen Hüftverrenkung durch unblutige Reposition.**

Cfr. Bericht der Münch. med. Wochenschr. über die vorjährige, 70. Naturforscherversammlung in Düsseldorf, chirurgische Section.

Dr. Grassmann-München.

Deutsche medicinische Wochenschrift. 1899, No. 3.

I) L. Lewin: **Beiträge zur Lehre von der natürlichen Immunität.** (Aus dem pharmakologischen Laboratorium von Prof. Lewin in Berlin.)

L. behandelt in dieser dritten Mittheilung seiner Versuche die Immunität der Kaninchen und Meerschweinchen gegen Belladonna und Atropin und kommt zu dem Schlusse, dass die angeborene Immunität auch für Belladonna-Alkaloide nicht darauf beruhen kann, dass sich Schutzkörper gegen diese Gifte im Blute finden und dass es ferner bei der angeborenen Immunität auch keine über-

tragbaren Schutzkörper oder «giftbindende Substanzen» in denjenigen Organen gibt, auf die Gifte — hier das Atropin — bei nicht immunen Thieren wirken.

2) Otto Leichtenstern: **Für Ankylostomaanaemie.** (Aus dem Augustahospital in Köln.)

L. resumirt seine durch ausgedehnte Beobachtung und Untersuchung zahlreicher Fälle gesammelten Erfahrungen dahin, dass Ankylostoma bei Tropenbewohnern, gleichviel welcher Rasse, enorm verbreitet, also endemisch ist. Die epidemische Ankylostomiasis, wie sie bei der St. Gotthardepidemie zum Beispiel beobachtet wurde, beruht nach seiner Ansicht nicht auf einer Virulenzteigerung der Parasiten, sondern auf einer durch örtliche Verhältnisse bedingten acuten Masseninvasion ebenso wie die schweren Fälle tropischer Ankylostomaanaemie eben durch eine abnorm grosse Zahl der Parasiten bedingt werden. Der von anderer Seite gemachte Vergleich mit Botriocephalus latus, der ähnliche anaemische Zustände hervorruft, welche aber sicher nicht durch die Zahl, sondern durch morphologische Eigenschaften des Parasiten bedingt sind, trifft nach seiner Ansicht nicht zu.

3) Gaston Graul: **Beitrag zur Kenntniss der Antipyrinintoxication.** (Aus der medicin. Universitätsklinik in Würzburg)

Interessante Mittheilungen persönlicher Beobachtungen über das Auftreten von Nebenwirkungen des Antipyrins, als Blasenbildung am harten Gaumen, purpuraähnliches Exanthem, Ekzema madidans scroti, profuse Salivation u. s. w.

4) Jvar Bang-Christiana: **Ueber Parachymosin.** (Aus dem physiologisch-chemischen Laboratorium in Upsala.)

In der Form einer vorläufigen Mittheilung berichtet B. über seine Untersuchungen, wonach die Pepsinpräparate ein neues, von gewöhnlichem Lab verschiedenes Labferment enthalten, das Parachymosin. Das Parachymosin ist das Labferment des Schweinemagens. Dasselbe fand sich aber auch im menschlichen Magen. Der Kälbermagen dagegen, ebenso wie die Fische (Hecht) enthalten nur Chymosin.

5) **Aus der ärztlichen Praxis.**

Klein-Bremen: **Ein Fall von Pubertas präcox.** Casuistische Mittheilung. F. Lacher-München.

Wiener klinische Wochenschrift. 1899. No. 8.

1) D. Pupovac-Wien: **Ueber seltene Localisationen von Fettgeschwülsten.**

Im ersten der eingehend beschriebenen und abgebildeten Fälle handelte es sich bei dem 8jähr. Kranken um ein Lipom, das sich unter der Fascie der Vola manus entwickelte und zwischen den Metacarpen auf den Handrücken fortwuchs. Letzteres Moment war besonders charakteristisch für die Differenzialdiagnose gegenüber Hygrom der Sehnenscheiden, mit dem sonst Aehnlichkeit bestand.

Im 2. Falle (30jähr. Kranke) entwickelte sich ein Lipom von dem auf dem m. pronator quadr. gelegenen Fette aus und kam zwischen M. palmaris long. und pronat. quadr. zum Vorschein.

Sehr interessant war der 3. Fall: Ein von der gemeinsamen Gefäss- und Nervenscheide am Halse ausgegangenes Lipom, das als über mannsfaustgrosse Geschwulst 3 Querfinger unter dem r. Ohre begann und sich nach innen-unten bis zur Medianlinie des Halses erstreckte. Durch diese Lage des Tumors waren Carotis, Vagus und Vena jugul. dislocirt.

Im 4. Falle fand sich ein retroperitoneal gelegenes Fibrolipom bei der 54jähr. Kranken, das durch sein Volumen das Kolon ascend. nach links und die Niere nach abwärts verschoben hatte.

2) J. Preindlsberger-Sarajevo: **Chirurgisch-casuistische Beiträge.**

Bei der 35jähr. Kranken (Muhamedanerin) entwickelte sich ein gurkenförmig gestaltetes, die Unterlippe ganz überlagerndes Fibrom, das vom Oberkiefer ausging. Die Oberfläche war mit Ausnahme der Basis von Schleimhaut bedeckt (cfr. Abbildungen im Original).

Ferner berichtet Pr. noch über 6, wegen Ileus ausgeführte, Laparotomien. 2 Fälle davon boten das Bild der Torsion des Coecums um ein langes Mesenterium commune ileo-coeci.

3) Fr. Neugebauer-Mährisch-Ostrau: **Zur Casuistik der Darmverletzungen.**

Zunächst beschreibt N. die Einrichtung des Spitales, aus dem die beschriebenen Fälle stammen.

Im 1. Falle (17jähr. Handelsschüler) war durch einen Revolverschuss eine 13fache Verletzung des Darms eingetreten. Der Verletzte machte gar nicht den Eindruck eines Schwerkranken. Bei der Operation fand sich kein Darminhalt ausgetreten. Die Löcher wurden quer vernäht, die Nachbehandlung bestand darin, dass alle 3 Stunden ein Nährklysma, eine Aethercampherinjection und 0,3 g Kalomel verabreicht wurden. Glatte Heilung, die vor Allem der frühzeitigen Operation zu verdanken ist.

Bei einem 2. Falle, einem 30jähr., früher gesunden Manne, der einen Fusstritt in den Unterleib erhalten hatte, zeigt Laparotomie 2 Tage nach dem Trauma Peritonitis und eine Darmruptur im Endstück des Jejunums. 11 Stunden post operat. Exitus.

Im 3. Falle — 48jähr. Arbeiter der einen Deichselstoss gegen den Bauch erhalten hatte — der nämliche Ausgang. Auch hier war das Jejunum quer und scharf durchrissen. Bemerkenswerth ist, dass der Austritt von Darmgasen bei solchen Darmrupturen nicht immer sofort erfolgt oder nachweisbar ist. Die Diagnose ist daher öfters nicht sofort möglich und daher der von Schmitt München vorgeschlagene sofortige Probeschnitt als rationell zu empfehlen. Dr. Grassmann-München.

Französische Literatur.

Boinet und Chazoulière: **Studie über eine aus einer Leberhydatidencyste entnommenen Ptomaïnart.** (Revue de Médecine, November 1898.)

Die Erfahrung dieses Falles lehrte, dass die Elektropunctur ein gutes therapeutisches Mittel gegen die Hydatidencyste der Leber ist, die Lebensfähigkeit der Hydatiden vermindert und deren regressive Umbildung begünstigt. Die Flüssigkeit der Cyste ändert dann ihren Charakter, wird syrupartig, gelb, enthält Eiweiss, Häkchen und eine sehr toxische Ptomaïnart, welche in langen, prismatischen, farrenkrautähnlichen Nadeln krystallisirt. Versuche an Fröschen, Kaninchen und Meerschweinchen zeigten die hochgradige Giftigkeit dieser Substanz. Man muss dessbalb beim Menschen deren Resorption, sei es auf peritonealem Wege oder dem der Blutgefässe, als gefährlich ansehen, wie auch mehrere Fälle, worunter ein von den Verfassern beobachteter, bewiesen. Die durch Elektrolyse behandelte Cyste sollte erst nach einigen Tagen punctirt werden, jedoch nicht zu rasch, da die Ptomaïnart eine toxische Wirkung auf die noch lebenden Hydatidenbläschen ausübt und deren aseptische Nekrose und Tod zu beschleunigen scheint.

R. Lépine und B. Lyonnet: **Die Wirkungen des Typhusgiftes beim Hunde.** (Ibidem.)

Die aus 40 Experimenten bestehende und mit 6 Curventabellen versehene Arbeit zeigt in erster Linie die grosse Verschiedenheit in der Widerstandsfähigkeit gegen das Typhusgift; die tödtliche Dosis schwankt per Kilo Thiergewicht vom Ein- bis zum Fünffachen. Wird unmittelbar vor der Toxininjection die Abtragung der Milz gemacht, so scheint das keinen merklichen Einfluss auszuüben. Wenn Hunde rasch einer Toxininjection unterliegen, so steigt ihre Temperatur nur wenig an oder sie sinkt sogar; widerstehen sie jedoch dem Gifte, so bemerkt man eine rasche und oft beträchtliche Temperaturerhöhung. Bezüglich der Leukocytose kann man sagen, dass die Leukocyten eine beträchtliche Verminderung erfahren, wenn der Hund rasch der Injection des Typhusgiftes unterliegt; unterliegt er langsam, so vermindern sich seine Leukocyten nicht, sondern nehmen in geringem Grade zu; wenn er am Leben bleibt, so nehmen sie entweder wenige Stunden nach der Injection oder am folgenden Tage zu. Zu erwähnen ist noch, dass das zu den Versuchen benützte Toxin durch Erhitzen auf 58° einer Reincultur gewonnen worden und nach bestimmten Proceduren ein stets gleichartiges Product von constanter Zusammensetzung geblieben ist.

E. Chrétien und A. Thomas: **Eine specielle Form von amyotrophischer Tabes.** (Ibidem.)

Die Tabes gehört zu den organischen Nervenleiden, bei welchen man am häufigsten Muskelatrophie findet, nach Déjerine in 20 Proc. der Fälle. Ganz verschieden von dieser Art Atrophie war ein Fall, der bei Bicêtre zur Beobachtung kam und sowohl im klinischen Verlauf, wie nach dem autoptischen Befunde, einschliesslich der mikroskopischen Untersuchung des Rückenmarks (durch 9 Figuren erläutert) genau beschrieben wird. Die Muskelatrophie, vorwiegend der Unterextremitäten, war das Hauptsymptom der Krankheit und ausserordentlich stark ausgeprägt; weder lancinirende Schmerzen, noch Coordinationsstörungen waren vorhergegangen, sondern als eigentliches Zeichen der Tabes, welche bei der 46jährigen Patientin einen ausnahmsweisen raschen Verlauf hatte, war nur noch fehlende Pupillenreaction vorhanden. In Anbetracht des Vorherrschens der Muskelatrophie in diesem Falle, welchem sie einen zweiten mit typischem Verlauf der Tabes und später eintretender Muskelatrophie gegenüberstellen, wählen die beiden Autoren für den ersteren den Namen amyotrophische Tabes. Zur Bekräftigung dieser Sonderbezeichnung diente auch der anatomische Befund, indem intensive Veränderung der Zellen der Vorderhörner besonderes Interesse erregte; zum Theil könnte man diese Zellveränderung als secundäre Folge einer peripheren Neuritis ansehen, zum Theil aber auch einem primären Process, der langsamen Zellatrophie, zuschreiben, welche letztere zweifellos für die Pathogenese dieser speciellen Tabesform von Wichtigkeit ist.

G. Carrière, Professor zu Lille: **Die pathogene Rolle des Mikrococcus tetragenus.** (Presse médicale No. 88, 1898.)

In dem Falle, welchen C. hier genau wiedergibt, begann die Erkrankung bei dem 35jährigen Arbeiter mit einer heftigen, hartnäckigen Bronchitis, welche sodann auf die Lungen überging; weiterhin entstand trockene und schliesslich purulente Pleuritis, welche trotz ausgeführter Empyemoperation den Tod zur Folge hatte. Die ganze Dauer der Krankheit betrug ca. 6 Monate und besonders merkwürdig war dabei die Temperaturcurve: Erhebung über 40° und noch mehr und zuweilen, wenn auch auf sehr kurze Zeit, Apyrexie. Es bestand ferner Albuminurie, in Folge von Nephritis, welche C. auf die Toxine des Mikroc. tetragenus zurückführt. Im Auswurf sowohl wie im Pleuraexsudat wurde dieser Mikroorganismus stets in reichlicher Menge gefunden, niemals aber Tuberkelbacillen. Das Sputum, einem Meerschweinchen injicirt, verursachte nach 3 Tagen dessen Tod und aus dem Herzblut des Thieres wurde der Mikroc. tetrag. in Reincultur gezüchtet.

Die pathogene Rolle desselben, welcher bisher als ganz unschädlich galt, erscheint somit erwiesen.

Apert, Krankenhausoberarzt: **Die Incubationszeit des Typhus abdominalis.** (Bulletin médical 1898, No. 88.)

Bei den genau beobachteten Fällen, welche den Verfasser selbst und einen anderen Arzt betrafen, betrug die Incubationszeit 1½ Monate resp. 48 Tage. Die Krankheit selbst war von relativ kurzer Dauer, mit rapidem Fieberabfall und ausserordentlich hoher Agglutinationsfähigkeit verbunden, in einem Falle jedoch die Reconvalescenz eine ziemlich lang währende. Die praktische Schlussfolgerung ist: bei Nachforschungen über den Ursprung eines Typhusfalles nicht nur auf die vorhergehenden 8—14 Tage, sondern auf längere Zeit zurückzugreifen. Für die sog. internen Krankenhausfälle ist dies von besonderer Wichtigkeit, denn, wenn auch eine Spitalsansteckung nicht zu den Unmöglichkeiten gehört, so dürften bei Berücksichtigung einer langen Incubationszeit doch noch mehr Fälle, wie bisher, auf Einschleppung von Aussen zurückzuführen sein.

Le Damany: **Ueber Pleuritis serofibrinosa und deren Behandlung.** (Presse médicale 1898, No. 90)

Nach eingehender Besprechung der verschiedenen Formen und Ursachen dieser Pleuritis, deren häufigste bekanntlich die tuberculöse ist, kommt Verfasser zu dem Schluss, dass das pathogene Agens bei der Pleuritis serofibrinosa in der Lunge sitzt und von hier secundär auf das Rippenfell übergeht, und dass diese keineswegs ein geringerer Grad der eitrigen Pleuritis ist, sondern letztere durch ganz andere Ursachen, durch in der Pleurahöhle befindliche, pyogene Keime verursacht wird. Bei der Entwicklung der serofibrinösen Pleuritis unterscheidet D. 3 Phasen (durch 7 Zeichnungen im Text erläutert): in der ersten bildet sich an den Pleurablättern eine tuberculöse Membran, in der zweiten der Erguss, während gleichzeitig die primäre Tuberculose zur Heilung kommt, und das dritte Stadium bildet die Resorption des Ergusses. D. hält die Entstehung eines pleuritischen Exsudates für eine Art Defensivmittel des entzündeten Rippenfells, sozusagen für heilsam, indem die Flüssigkeitsansammlung im Brustraum die Lungenthätigkeit immobilisire und durch die Ruhe die primäre Lungenaffection eher zur Heilung komme. Die Punction sollte daher nicht gar so häufig in Anwendung kommen, sondern nur bei sehr ausgedehntem Exsudat und auch bei weniger hochgradigem dann, wenn heftige Athemnoth bestehende Tuberculose oder Lungencongestion anzeigt. Ausser Ruhe empfiehlt D. gegen das Seitenstechen Opiate, von den übrigen Mitteln, wie Natr. salicyl., Revulsion, Darmableitung, Diurese hält D. nicht viel.

Leduc: **Die Glykosurie in der Schwangerschaft und im Puerperium.** (Aus dem physiolog. Laboratorium der Sorbonne.) (Bulletin médical 1898, No. 94.)

Die Untersuchungen betrafen 22 Frauen während der Schwangerschaft und vor und nach der Entbindung. Die reducirende Kraft des Urins ist stets vermindert, der Urin der schwangeren Frauen enthält jedoch eine Substanz, welche sog. Glykosazone und Lactosazone zum Vorschein bringt. Die Lactose erscheint gegen Ende der Schwangerschaft in wechselnder Menge und ist im Urin der Entbundenen stets enthalten und zwar in einer der Milchsecretion proportionalen Menge. Die Schwangerschaftsglykosurie ist eine physiologische, überwiegt nicht den normalen Zuckergehalt des Urins Gesunder und kann nicht als Zeichen für Leberinsufficienz angesehen werden.

Léon Perrin-Marseille: **Die Purpura im Kindesalter.** (Annales de médecine et chirurgie infantiles, 1. November 1898).

In dieser Arbeit wird ein ziemlich erschöpfendes Bild über obige Affection, welche, wie bekannt, nicht auf einer, sondern auf verschiedenen aetiologischen Grundlagen beruht, gegeben. Als Haupttypus wird hier die sogenannte rheumatische Purpura mit Haut- und Eingeweide-Haemorrhagien angenommen, und ein Fall mit der Schönlein'schen Trias: Exanthem, rheumatische Erscheinungen und gastrointestinale Störungen genau beschrieben. Die Affection beobachtet man besonders im Alter von 4—10 oder 12 Jahren. Die Unterscheidung der infectiösen Purpura und der Werlhof'schen Krankheit von der rheumatischen ist meist eine sehr schwierige und muss bezüglich der verschiedenen differentialdiagnostischen Punkte hier auf genaueres Eingehen verzichtet werden. Für aetiologisch wichtig hält P. Aufregung, Kälte, Trauma, Noth, Ueberanstrengung. Die weiteren Capitel betreffen Natur und Pathogenese der Purpura und den Mechanismus, d. h. die Entstehungsart der Hauthaemorrhagie; auch hier gibt es verschiedene Theorien, wie z. B. durch die Wirkung der Bacterien und deren Producte, Veränderungen des Blutes und der Gefässe. Die Rolle der Darmgifte bei der Pathogenese der Purpura scheint sicher festzustehen, aber diese Frage bleibt immer noch eine sehr complicirte und bedarf zu ihrer Vereinfachung noch weiterer Forschungen.

E. Alvarez, Chefarzt des Findlingsspitals zu Madrid: **Hysterie, Hypnotismus und Suggestion bei Kindern.** (Annales de médecine et chirurgie infantiles, 15. November 1898.)

Aus den 9 beschriebenen Fällen ergibt sich, dass Hypnotismus und Suggestion auch im Kindesalter — 3 derselben betreffen jedoch junge Mädchen im Alter von 17—20 Jahren, scheinen also von A. auch zu diesem gerechnet zu werden — eine feststehende Thatsache ist. Es sind jedoch bezüglich der leichten Erzeugung, der Intensität und der Resultate Verschiedenheiten sowohl bei den verschiedenen Individuen wie bei demselben Individuum vorhanden je nach der hypnotisirenden Person. Die in dieser Arbeit enthaltenen Fälle sind besonders bemerkenswerth durch die Leichtigkeit und Schnelligkeit der Heilung, was im Gegensatz zu der Ansicht Charcot's steht. Je weniger widerstandsfähig das Gehirn ist, um so schwächer ist der Wille des Individuums und je leichter ist die Hypnose und Suggestion. Bei gewissen Krankheiten der Nervencentren, wie der Hysterie, ist dies das einzige Heilmittel; in wissenschaftlichen Händen sind Hypnose und Suggestion unschuldige Mittel, die aber auch nur zu therapeutischen Zwecken angewandt werden sollten, niemals aus Neugier oder Ae. m. Diese seine Folgerungen schliesst A. mit der Mahnung an alle Aerzte und Gelehrten, sich eingehend mit dieser Frage zu beschäftigen und einer Wissenschaft sich hinzugeben, von der wir nur einen Lichtschimmer der Erkenntniss haben, und welche seit den ältesten Zeiten unaufhörlich der Menschen Bewunderung erregt habe.

E. H. Hankin: **Die Verbreitung der Pest.** (Annales de l'institut Pasteur, November 1898.)

Diese umfangreiche Arbeit ist im Allgemeinen die Bestätigung dessen, was Simond bezüglich der Verbreitung der Pest durch die Ratten im vorigen Hefte der Annalen niedergelegt hat, enthält aber ausserdem noch sehr werthvolle historische und statistische Angaben. Es ergibt sich demnach, dass die Pestepidemien von Jahrhundert zu Jahrhundert an Heftigkeit abnehmen, die Mortalität betrug 1603 und 1625 zu London 133 resp. 129 pro Tausend, im Jahre 1720 zu Marseille jedoch ausnahmsweise 348 pro Tausend, während sie im Jahre 1897 zu Bombay nur die Zahl 23 auf Tausend erreichte. Die Luft scheint bei der Weiterverbreitung der Pest keine Rolle zu spielen und H. führt einen Fall an, welcher in dieser Beziehung den vollen Werth eines Laboratoriumversuches hat: eine Anzahl todter Ratten wurden im Magazin eines Müllers gefunden, keiner der das Local regelmässig besuchenden Personen wurde pestkrank, aber von 20 Kulis, welche mit der Wegschaffung der todten Ratten und der Reinigung des Locals beschäftigt waren, wurden 12 nach kurzer Zeit von der Pest ergriffen. Etwas entmuthigend für die Prophylaxe ist der Umstand, dass die Desinfection der inficirten Localitäten meist eine illusorische ist, und aus dem widersprechenden Verhalten von Experimenten und in der Wirklichlichkeit beobachteten Thatsachen — im Laboratorium zeigt sich der Pestbacillus als sehr leicht zerstörbar, während er in der Natur eine ausserordentlich hohe Widerstandsfähigkeit zu besitzen scheint — schliesst H., dass die bacteriologische Frage der Pest in allen ihren Einzelheiten noch nicht aufgeklärt ist. Ueberfüllung und mangelhafte Luftzufuhr sind von geringer Bedeutung für die Weiterverbreitung der Pest in den Wohnstätten der Europäer und der Eingeborenen; die Bewohner von Steinhäusern sind weniger der Pest ausgesetzt wie die von Holzbaraken, wo eben die Ratten in Ueberfluss vorhanden sind. Diese sind die sichersten Verbreiter der Pest für reich wie arm. Letztere haben jedoch in Bombay eine auffallende Immunität gezeigt, die vagabundirenden Bettler, unter dem Namen «Byrageen» bekannt, wurden nur wenig von der Krankheit ergriffen, weniger wohl wegen ihres fast ständigen Aufenthaltes in freier Luft als in Folge Beobachtung der religiösen Vorschrift, ein von Ratten bewohntes Haus nicht zu betreten. Auch die Prostituirten sollen sich relativer Immunität erfreut haben und vielleicht findet damit der alte arabische Glaube, dass der einzige Schutz gegen die Pest die Syphilis wäre, seine Bestätigung. Bemerkenswerth ist, dass während der Epidemie zu Bombay die Kleidungsstücke als die einzigen Infectionsträger erkannt wurden, welche den Ansteckungsstoff lange Zeit virulent bewahren können. Wenn es zweifellos ist, dass in den grossen Städten die Ratten die Hauptrolle für die Pestverbreitung spielen, und wenn sich daraus für die Prophylaxe die Nothwendigkeit ergibt, vor Allem Steinhäuser zu erbauen, so ist dies für Hankin bezüglich der kleinen Orte noch lange nicht feststehend, und als historischen Beleg führt er an, dass im Jahre 1347, wo der schwarze Tod in England hauste, es wahrscheinlich noch gar keine Ratten dort gegeben habe.

Carl Jul. Salomonsen und Thorvald Madsen (Aus dem bacteriologischem Universitätslaboratorium zu Kopenhagen): **Ueber die Reproduction der antitoxischen Substanz nach starkem Aderlass.** (Ibidem.)

Nach den 2 ausführlich beschriebenen Thierexperimenten, wobei den Thieren (Ziegen) mehr als ein Drittel ihres Blutgehalts entzogen wurde, zweifeln die beiden Untersucher nicht, dass auch nach ausgiebigen Aderlassen die antitoxische Substanz sich neu bilde, ohne dass dem Organismus neuerdings das Toxin zugeführt worden sei. Sie sehen damit ihre schon früher ausgesprochene Ansicht bestärkt, dass unter dem Einfluss des Toxins gewisse Zellen des Organismus eine neue secernirende Eigenschaft von anhaltendem Bestand erworben haben.

Francesco Abba: **Das städtische Institut gegen Tollwuth zu Turin.** (Ibidem.)

Das Turiner Institut für die Schutzimpfung gegen Tollwuth ist nach dem Pariser eines der meist frequentirten, seit dem Jahre 1886, wo es gegründet wurde, sind 3396 Personen bis zum 31. December 1897 behandelt worden, die Gesammtmortalität betrug 0,73 Proc. Im Jahre 1896 wurden 470 Personen mit einer Sterb-

lichkeit von 0,21 Proc. und im Jahre 1897 wurden 376 mit einer Sterblichkeit von 0,26 Proc. behandelt; die Verminderung um fast 100 gegenüber dem vorhergehendem Jahre führt A. direct auf strengere Handhabung der sanitätspolizeilichen Maassregeln zurück. Die statistische Tabelle theilt die gebissenen Personen in 3 Kategorien ein, je nachdem der Kopf, die bedeckten oder die unbekleideten Körperstellen des Bisses Sitz waren. Als Anhang bringt A. einen Beitrag zur Frage, ob im Urin der wuthkranken Thiere das Wuthgift enthalten sei, und kommt zu dem Ergebnisse, dass, wenn dies auch in geringem Grade zuweilen der Fall sei, eine neue prophylaktische Maassregel bezüglich des Urins der wuthkranken Thiere nicht nothwendig sei. Ebenso folgt aus weiteren Experimenten von A., dass ein Uebergang des Wuthgiftes von der schwangeren Mutter auf das Kind nicht oder höchstens ganz ausnahmsweise vorkommt. Stern-München.

Vereins- und Congressberichte.

(Berliner medicinische Gesellschaft siehe S. 166.)

Gesellschaft der Charitéärzte.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 19. Januar 1899.

Herr Green zeigt 1) ein Präparat von einem Kinde, in Schädellage geboren, dessen sämmtliche Knochen des Schädeldachs fehlen; von der Kopfhaut ziehen Stränge nach den Eihäuten und der Nabelschnur. Die Missbildung weist also auf amniotische Abschnürung hin.

2) Einen Hemicephalus, bei dem ebenfalls ein Defect des Schädeldaches vorhanden, derselbe dagegen auf foetalen Hydrocephalus zurückzuführen ist.

Herr Koeppen demonstrirt einen aus dem Gefängnisse eingelieferten Patienten, dessen linker Arm ein Fehlen des Muskeltonus, linkes Bein Atrophie und theilweise Mangel der elektrischen Erregbarkeit aufweist. Redner hält diese Abnormalität für spinaler Natur. Das psychische Verhalten des Patienten entspricht einem Dämmerungszustande hysterischer oder epileptischer Natur; denn er gebraucht nur stereotype Redewendungen und zeigte auch einmal während seines Aufenthalts in der Anstalt plötzliche Aufhebung des Bewusstseins, Symptome, welche für Dämmerungszustand charakteristisch sind.

Herr Henneberg stellt einen Patienten mit einer Psychose vor, der als Opfer der Unfallsgesetzgebung anzusprechen sei. Wegen traumatischer Neurose als vollständig erwerbsunfähig erklärt, wurde er auf Grund falscher Anschuldigungen von einem Geheimagenten der Berufsgenossenschaft überwacht und schliesslich wegen Simulation verklagt. Es wurden ihm auch, trotzdem die Anschuldigungen sich als grundlos erwiesen, nur 20 Proc. Erwerbsunfähigkeit zugesprochen. Dieser Process regte ihn derartig auf, dass er alsbald in dem Wahne, stets von Beobachtern umgeben zu sein, auf die Irrenabtheilung gebracht werden musste.

Herr Pfeiffer: Epidemiologische Erfahrungen über die indische Pest.

Die immer weitere Ausbreitung von einzelnen Pestherden zeigt, dass auch für Europa die Pest nicht als überwundener Standpunkt gelten könne. Daher sind die in Indien gesammelten Erfahrungen auch für uns nicht ohne praktische Bedeutung.

Der Pestbacillus wurde 1894 fast gleichzeitig von Kitasato und Yersin in Hongkong in den Bubonen und im Blute der Kranken entdeckt, und der Beweis, dass man es wirklich mit dem Pesterreger zu thun hatte, durch das Thierexperiment erbracht. Der Bacillus zeigt durch seine besonders an beiden Enden erfolgende Tinction mit Farbe (Polfärbung) Aehnlichkeit mit dem Bacillus der Hühnercholera. Auf künstlichen Nährböden ist er leicht zu züchten. Auf Gelatineplatten zeigt er reichliches Oberflächenwachsthum, ohne dass die Colonien besondere Merkmale aufweisen. Auf Agar nehmen sie allmählich ein schleimiges Aussehen an; die Pestbacillen bilden dabei nach längerer Zeit vereinzelte lange fadenförmige Wuchsformen. Bouillon trübt sich schon nach 24 Stunden beträchtlich; Pestbacillen aus derselben zeigen streptococcenartige Anordnung.

Während die übrigen pathogenen Mikroorganismen ein Temperaturoptimum von cc. 37° und eine untere Wachsthumsgrenze von cc. 16° besitzen, zeigt der Pestbacillus auch bei niederen Temperaturen wie 26—28° gleich gutes Gedeihen, ja er wächst noch bei Eisschranktemperaturen (5° C.), ein Verhalten, welches nicht nur epidemiologisch von Wichtigkeit, sondern auch vom praktischen Standpunkte aus von Bedeutung ist; denn es gelingt dadurch ihn von den bei höheren Temperaturen (in heissem Klima) überwuchernden Fäulnissbacterien zu isoliren.

Gegen Desinfectionsmittel ist er wenig resistent, seine Tödtung gelingt schon mit 1 Proc. Carbolsäure. Gegen Mineralsäure ist er ganz besonders empfindlich. Verdünnungen von 1: 2000—1000 genügen, um ihn unschädlich zu machen. Auch verträgt er die Austrocknung nicht; daher ist auch seine Uebertragung durch Verstäubung unmöglich.

Man unterscheidet 1) die Bubonenpest.

Am häufigsten werden die Drüsen der unteren Extremitäten, am öftesten die der oberen Extremitäten, in dritter Linie die des Kopfes befallen. Kleinste Epithelverluste der Haut dienen dem Bacillus als Eintrittspforte; doch ist dieselbe zur Zeit des Ausbruches der Erkrankung meistens nicht mehr aufzufinden, weil während der 5tägigen Incubation die kleinen Substanzverluste wieder heilen, eine locale Reaction sich aber am Orte der Infection nicht einstellt. Auch beim Thierversuche fehlt in der Regel an der Impfstelle jede Localerscheinung, selten nur bildet sich dort ein Carbunkel. Die befallenen Bubonen können im Stadium der Heilung vereitern; der Eiter ist dann steril, insoferne Mischinfection fehlt, er aber erst dann auftritt, wenn die Pestbacillen schon zu Grunde gegangen sind. Jedoch verlaufen die Erkrankungen in 80—90 Proc. aller Fälle letal. Von den Lymphdrüsen aus brechen die Bacillen in die Blutbahn durch, so dass eine echte Septicaemie entsteht. In schweren Fällen ist überhaupt die Lymphdrüsenaffection gering, indem alsbald eine Ueberschwemmung der Blutbahn erfolgt; dabei kommt es zu einer haemorrhagisch zelligen Durchtränkung des periglandulären Gewebes.

2. Die Lungenpest.

Es stellen sich Stiche auf der Brust ein; das Sputum ist serös-haemorrhagisch und voll von Pestbacillen. Die Lunge ist dabei schwarzroth infiltrirt und durchsetzt von Bacillen. Die Mortalität beträgt 100 Proc.

3. Die Darmpest.

Sie ist bei Menschen äusserst selten, so dass sie Redner bei ca. 80 Sectionen niemals vorfand.

Die Bubonenpest ist wenig infectiös, so lange sie sich auf die Lymphdrüsen beschränkt; dagegen werden nach dem Durchbruch in's Blut die Bacillen in den Secreten, z. B. im Urin reichlich ausgeschieden. Sehr ansteckend ist die Lungenpest bei der massenhaften Expectoration von Bacillen (Infectionsmodus Flügge's durch Tröpfchen).

In den indischen Pestkrankenhäusern war übrigens bei ihrer vorzüglichen Anlage, was Licht und Luftgehalt anbelangt, Ansteckung nicht häufig.

Das Contagium erfolgt im Allgemeinen durch Personen, nicht durch Trinkwasser oder Nahrungsmittel; daher ist die Verbreitung der Erkrankung nur eine allmähliche.

Die grösste Ausdehnung erlangte die Epidemie in den letzten Jahren während der Wintermonate Januar und Februar.

Gleichzeitig mit den Menschen erkranken die Ratten, welche für den Pesterreger sehr empfänglich sind. Sie fressen, wie man beobachten konnte, die Leichname von Pestkranken (oder auch sich gegenseitig) an und inficiren sich dadurch vom Darm aus. Ihre Excrete mit den Bacillen gelangen auf den Boden. Der barfusslaufende Indier hat dadurch Gelegenheit, sich anzustecken.

Die indische Regierung hat strenge Desinfectionsanordnungen getroffen, deren Ausführung freilich unter dem Widerstande der Bevölkerung, die in dem Tode nichts Unangenehmes erblickt, auf Schwierigkeiten stiess.

Es gibt gegen die Pest 1. eine active Immunisirung mit abgetödteten Culturen,

2. eine passive durch das Yersin'sche Pestserum.

Die active Immunisirung gelingt bei Ratten; auch scheint sie beim Menschen von Nutzen zu sein. Die Injection der abgetödteten Culturen ist kaum schmerzhaft, erzeugt geringe locale Anschwellung und etwas Fieber. Schutzimpfungen Koch's und Gaffky's in grösserem Maasstabe ergaben anscheinend günstige Resultate. Dagegen dürfte das Pestserum für die praktische Anwendung noch zu unwirksam sein. Es gelingt zwar auch, Affen zu immunisiren, jedoch braucht man zu grosse Mengen, um damit Erfolge zu erzielen. M. Wassermann.

Verein Freiburger Aerzte.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 20. Januar 1899.

Der wissenschaftliche Theil des Abends ist mit Demonstrationen von Seiten des Herrn Hofrath Kraske ausgefüllt.

Herr Hofrath Kraske spricht zunächst über einen Fall, in dem er wegen sehr beträchtlicher gutartiger Narbenstenose des Pylorus die Gastroenterostomia retrocolica gemacht hatte. Die Operation fand unter schwierigen Umständen (bei sehr schlechter Narkose mit fortwährendem Erbrechen) statt und es trat denn auch in Folge ausgedehnter Aspirationspneumonien nach 4 Wochen der Exitus ein. Das bei der Section gewonnene und vom Vortragenden demonstrirte Präparat des Magens mit der durch die Operation angelegten Dünndarmcommunication zeigt, dass die Operation an sich bei glattem reactionslosem Verlauf der Wundheilung ausgezeichnet gelungen war.

Im Anschluss hieran demonstrirt Vortragender den Magen eines Mannes, bei dem wegen inoperablen Oesophaguscarcinoms die Gastrostomie gemacht worden war. Reactionslose Heilung. Die Witzel'sche Methode hatte sich in diesem Falle wieder sehr gut bewährt; die Fistel functionirte während der 3 Monate, die Patient noch lebte, vollkommen. Bei längerem Bestande wird zwar der ursprüngliche schräge Verlauf des Fistelcanals zu einem geraden. Trotzdem bleibt die Function gut, indem, wie Vortragender annimmt und wie das vorgelegte Präparat bestätigt, eine ausgedehnte Faltenbildung auf der Schleimhaut des Magens an der innern Fistelöffnung genügenden Verschluss bewerkstelligt, um ein Aussickern des Magensecretes und seine Folgen zu verhindern.

Des Weiteren legt Vortragender 3 durch Pylorectomie bezw. Resection gewonnene Carcinome der Magenschleimhaut vor, von denen eines das immerhin seltene Bild eines grossen, polypösen, von der hinteren Magenwand und der grossen Curvatur ausgegangenen Tumors bot. Die Operationen sind glatt verlaufen und es geht den Patienten, von denen die Präparate stammen, zur Zeit gut.

Ferner wurde das durch Resection erhaltene gangraenöse Darmstück einer eingeklemmten Schenkelhernie (Darmwandbruch) demonstrirt. Die beiden Darmenden waren in diesem Falle durch circuläre Naht vereinigt worden und es war von der Anwendung des Murphy'schen Knopfes, dessen sinnreiche Mechanik Vortragender bei dieser Gelegenheit erläutert, Abstand genommen worden. Die Patientin, bei der noch ein zweiter operativer Eingriff im weiteren Verlauf nöthig wurde, befindet sich jetzt ausser Gefahr.

Sodann zeigt Vortragender einen etwa taubeneigrossen, im Choledochus eingeklemmt gewesenen Gallenstein, dessen Entfernung in langwieriger und schwieriger Operation — es bestand die Complication eines intraperitonealen Abscesses — mit gutem Erfolg gelang; und endlich einige durch Nierenexstirpation gewonnene Nierentumoren, sowie eine tuberculöse Niere.

Zum Schlusse verbreitet sich Herr Hofrath Kraske an der Hand eines vorgestellten Falles eingehend über das Krankheitsbild der «Coxa vara». Der jugendliche Kranke zeigt am linken Bein eine typische Deformität mässigen Grades, beruhend auf der Verbiegung des Schenkelhalses mit Convexität nach oben und nach vorne, so dass die charakteristischen Symptome der Verkürzung des Beines, des Hochstandes des Trochanters, der Beschränkung der Abduction und der Rotation nach innen sehr deutlich zu erkennen waren.

An der Discussion betheiligten sich die Herren Professor Thomas, Geh. Hofrath Ziegler und Hofrath Kraske.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 24. Januar 1899.

Vorsitzender: Herr Kümmell.

Demonstrationen:

1) Herr Lauenstein empfiehlt zur radicalen Beseitigung von Hydrocelen die neuerdings von Winkelmann in Barmen empfohlene Operationsmethode, die er an dem vorgestellten Falle ausgeführt hat und von deren Zweckmässigkeit und Einfachheit er sich überzeugt hat. — Derselbe demonstrirt das Röntgenbild einer Ellenbogenluxation, 8 Wochen nach dem Eintritt derselben aufgenommen. Die Schwierigkeiten der Wiedereinrenkung resultiren aus deutlich sichtbaren Verknöcherungen in der Kapsel des Gelenkes. Vortragender empfiehlt, die Diaskopie für ähnliche Zwecke möglichst früh zu verwenden, um sich davon zu überzeugen, dass die Einrenkung wirklich gelungen ist.

2) Herr Wiesinger demonstrirt das Präparat eines Echinococcus der linken Niere, durch transperitoneale Operation gewonnen. Seit 2 Jahren bestehend, war der Echinococcussack durch einen Fall mit der linken Seite gegen eine Treppenstufe in die Niere durchgebrochen, (zahlreiche Hakenkränze und Blut im Urin nachweisbar.)

Ausser dem Echinococcussack der Niere waren mit diesem im Zusammenhang noch 2 grosse intraperitoneale Säcke vorhanden, deren einer bis in das kleine Becken reichte, mit der Blase verwachsen war, deren anderer unter das linke Hypochondrium bis zur Zwerchfellskuppe reichte und mit der Milz und der Seitenwand des Thorax fest verwachsen war.

Die Exstirpation sehr mühsam durch die festen Verwachsungen. Die linke Niere wird mit exstirpirt, von der Milz und Zwerchfellskuppe werden die fest verwachsenen Schwarten abgezogen.

Aus den 3 Säcken entleeren sich etwa 3 Liter echinococcenhaltige Flüssigkeit.

Die Schnittrichtung bei der Operation war ein Längsschnitt dicht neben der Mittellinie links, vom Proc. ensif. bis zur Symphyse und rechtwinklig auf diesen Schnitt ein Flankenschnitt bis in die linke Lumbalgegend.

Nach der Operation machte die Wundversorgung Schwierigkeit, da die ganze hintere linke Bauchseite von Peritoneum entblösst war.

Es wurde daher das Kolon descend. an die vordere Bauchwand an den rechten Schnittrand der Bauchdecken angenäht und dadurch die ganze linke Seite der Bauchhöhle ausgeschaltet.

Der obere Flügellappen wurde nach oben, der untere nach unten nach dem kleinen Becken zu umgeschlagen und so die Bauchhöhle nach oben und unten auf der linken Seite verschlossen, der ausgeschaltete linke Bauchraum mit aseptischer Gaze tamponirt.

Der Verlauf war ein ungestörter, der Kranke ist geheilt.

An dem Präparat ist die Stelle des Durchbruchs des Echinococcus in das Nierenbecken zu sehen.

3) Herr Schwörer demonstrirt einen Fall von spindelförmiger Erweiterung des Oesophagus in Folge spastischer Contractur des untersten Theiles. Der Oesophagus ist mit 300 ccm Flüssigkeit bequem ausspülbar, ohne dass ein Tropfen in den Magen abläuft, auch dann nicht, wenn neben einer Sonde im Oesophagus eine andere in den Magen eingeführt ist. Wird dagegen nach der Angabe von Rumpel als «Magensonde» eine mehrfach durchlöcherte Sonde benutzt, so dass die Fenster sich sowohl oberhalb wie unterhalb der Stenose befinden, so fliesst das durch die «Oesophagussonde» eingegossene Wasser vollständig in den Magen ab. Es ist hiermit also ein Divertikel auszuschliessen. Dafür spricht ferner, dass die Sonde bei der Ausspülung des supracardialen Speiseröhrenabschnittes, um in den Magen zu gelangen, ohne Weiteres tiefer gestossen zu werden braucht, während sie bei eventuellem Divertikel erst aus demselben zurückgezogen werden müsste, um dann den Weg zum Magen einzuschlagen. Das Leiden besteht seit 13 Jahren und ist in seiner Verlaufsweise als rein functionell anzusprechen, da die Durchgängigkeit sehr wechselt und insbesondere von psychischen Erregungen abhängt.

4. Herr Waitz demonstrirt ein Kind, bei dem er mit bestem Erfolge im vorigen Jahre die unblutige Einrenkung einer congenitalen Hüftluxation nach Lorenz ausgeführt hat. Röntgenbilder vor und nach der Operation.

Herr E. Fraenkel demonstrirt eine Reihe von Wirbelsäulendurchschnitten mit Carcinommetastasen. Von allen Metastasen maligner Tumoren, die sich im Knochensystem vorfinden, sind die im Wirbelkörper die häufigsten. Oft machen sie klinisch keine Erscheinungen. Es ist also nöthig, danach zu suchen und in allen Fällen von Carcinom sein Augenmerk auf die Wirbelsäule zu richten; so wird man in einem grossen Procentsatz der Fälle z. Th. isolirt auftretende Wirbelmetastasen, z. Th. hochgradige Umwandlung des Knochengewebes durch Carcinom finden und dadurch über eine Reihe klinisch schwer zu erklärender Symptome Belehrung erhalten. Es handelt sich dabei um zwei verschiedene Formen im Auftreten der Metastasen. Die einen sind weich, führen zu destructiven Veränderungen (Gibbusbildung, kautschukartige Erweichung) der Wirbelsäule. Die an normalen Wirbeln ungemein zierliche, musterhaft feine Architektur geht verloren; die Spongiosabälkchen gehen durch die carcinomatöse Destruction zu Grunde. Durch Röntgenbilder lassen sich diese Structurveränderungen anschaulich zur Darstellung bringen (Demonstration). Interessant ist, dass bei bettlägerigen Patienten ein verhältnissmässig geringer Vorrath von Spongiosa ausreicht, um die Form der Wirbelsäule normal erscheinen zu lassen. — Bei der zweiten Form ist das Gegentheil von Erweichung die Regel. Es ist dies die osteoplastische Carcinose (vornehmlich bei Prostatacarcinom). Die einzelnen Wirbelkörper gewinnen durch eine diffuse oder herdweise Ablagerung von Tumormetastasen an Festigkeit, sie werden elfenbeinartig, sklerotisch, fest. Dabei ist es gleichgiltig, welches histologische Bild der primäre Prostatatumor aufweist.

Schliesslich macht F. darauf aufmerksam, dass die Zahl der malignen Tumoren im Zunehmen begriffen ist. Während im Eppendorfer Krankenhause 1890 auf 1400 Sectionen 70 Todesfälle an malignen Neubildungen kamen, hat sich 1898 das Procentverhältniss verdoppelt: 1500 Sectionen mit über 150 malignen Tumoren, davon 133 Carcinome.

II. In der Fortsetzung der Discussion über den Vortrag des Herrn **Wollenberg: Die forensische Beurtheilung der Krampfkranken, insbesondere der Hysterischen,** sprachen die Herren Deutschmann, Beselin, Wilbrandt, Nonne, Böttiger, Rösing und der Vortragende.

Hervorzuheben wäre die Debatte über den Causalconnex zwischen Pupillarreaction und Hysterie. Nonne und Beselin sprachen sich auf Grund ihrer früher publicirten Fälle für das Vorkommen echter reflectorischer Starre bei Hysterischen aus. Deutschmann, Wilbrandt und Böttiger bestritten diese Auffassung und wollen in diesen pupillären Symptomen die Vorboten eines echten Cerebrospinalleidens sehen, das erst nach langen Jahren (in einem Wilbrandt'schen Falle 16 Jahre) manifest zu werden braucht. Wollenberg sprach in Anlehnung an eine Hitzig'sche Arbeit ein «non liquet» aus. Des Weiteren erklärte Deutschmann die concentrische Gesichtsfeldeinschränkung der Hysterischen mit einer Unterwerthigkeit der Netzhaut bei Hysterischen, die hauptsächlich eine Herabsetzung der Deutlichkeit der peripheren Retinaabschnitte betrifft. In einem eingehenden Schlussworte betonte Wollenberg unter Anderem, dass die hysterischen Stigmata nicht in die Kranken hineinexaminirt würden, sondern autochthon entständen, dass Hysterie selten simulirt würde und dass eine Reihe hysterischer Zeichen überhaupt nicht simulirt werden könnten, so die grandes attaques, die Myosis, Ptosis, Strabismus etc. Bei der forensischen Beurtheilung soll der Sachverständige, als der gegebene beste Berather des Richters, da das Gesetz die «verminderte Zurechnungsfähigkeit» noch nicht kennt, durch begründete Zweifel an derselben und unter Betonung der krankhaften Grundlage und einer abnormen Gemüthserregbarkeit den Hysterischen mildernde Umstände erwirken. Werner

Biologische Abtheilung des ärztlichen Vereins Hamburg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 20. December 1898.

Vorsitzender: Herr E. Fraenkel. Schriftführer: Herr Justi.

I. Demonstrationen:

Herr Sick demonstrirt:

1. Einen Uterus mit einer Anzahl grosser, theils subseröser, theils intramuraler **Myome**, bei dem sich eine Gravidität im Beginn des dritten Monats fand. Er stammt von einer 38jährigen Nullipara, bei der die Menses ausgeblieben und zugleich die Myome rasch gewachsen waren und beträchtliche Beschwerden verursacht hatten.

Totalexstirpation per Laparotomiam, Heilung.

2. Einen im Beginn des dritten Monats graviden Uterus mit Carcinom der Portio.

Vaginale Exstirpation, Heilung.

Herr Jolasse demonstrirt ein **Pankreas mit Concrementen.** Der Kranke, von dem das Präparat stammt, wurde in comatösem Zustand auf J.'s Abtheilung aufgenommen und wies einen Zuckergehalt des Harnes von 4 Proc. auf. Der Vortragende gibt einen kurzen Ueberblick über die klinischen Symptome und die anatomischen Veränderungen, welche durch Pankreasconcremente hervorgerufen werden.

Im vorliegenden Präparat ist der Ductus pankr. bedeutend erweitert und zeigt mannigfache und beträchtliche Ausbuchtungen, welche, wie der Ductus selbst, alle mit Concrementen und Eiter erfüllt waren, der Bact. coli in grossen Mengen enthielt. Das Parenchym des Pankreas war stark indurirt, das peripankreatische Gewebe schwielig verdickt.

Discussion. Herr Simmonds: Nur selten finden sich eitrige Processe im Pankreas im Anschluss an Steinbildung. In der Regel sind die Gänge ektatisch und mit klarem Secret erfüllt oder eng und leer, das Organ ist indurirt oder atrophisch. So sah Herr S. einen 57jährigen Diabetiker, der an Coma zu Grunde ging; bei diesem war das ganze Canalsystem enorm ausgedehnt, mit zahllosen Concretionen und klarer Flüssigkeit erfüllt, während das Drüsengewebe fast völlig verödet war. Bei einem anderen 35jährigen Diabetiker, der an Phthisis starb, war das Pankreas enorm geschrumpft, derb, dicht durchsetzt von grösseren und kleineren Steinen, welche fest in den Gängen eingekeilt waren, so dass man den Eindruck hatte, dass das Organ von verkalkten Herden durchzogen wäre. Was die Ursache der Steinbildung betrifft, so könne die Sekretstauung allein nicht zur Erklärung genügen, da er niemals bei Sectionen von Individuen, welche im Anschluss an langsam verlaufende Pankreaskopf- und Duodenalkrebse eine beträchtliche Ektasie des Ductus pankreaticus aufzuweisen hatten, Steinbildung antraf. S. schliesst sich der Annahme des Vortragenden an, dass wohl katarrhalische Veränderungen im Ductus den Anlass zumeist abgeben; durch die Steinbildung wird dieser Katarrh dann weiter unterhalten. Eitrige Katarrhe werden erst durch die Einwanderung des Bacillus coli veranlasst und so waren auch in dem vorgestellten Falle massenhaft diese Mikroben in den Eiterherden nachweisbar gewesen.

Herr Jolasse erwähnt noch, dass intra vitam (d. h. einige Stunden vor dem Tode) Bacterium coli im Blut aufgefunden wurde.

Herr E. Fränkel: Der Befund von Bacterium coli einige Stunden vor dem Tode ist nicht beweisend.

Herr Henkel demonstrirt mikroskopische Präparate einer Niere, die 2 Tage nach einer **Nephrotomie** gewonnen wurden. In der Nachbarschaft der Schnittwunde ist eine ausgedehnte parenchymatöse Degeneration des Organs nachzuweisen

Herr E. Fränkel: Während von den Chirurgen die Nephrotomie in der Regel nicht für eine sehr eingreifende Operation gehalten wird, beweisen die vorliegenden mikroskopischen Bilder die Schwere des Eingriffes.

Herr Wiesinger möchte in diesem Falle nicht die Schnittverletzung an sich, sondern das Jodoform, welches mit den beiden Schnittflächen in Berührung gekommen ist, für die Ursache der parenchymatösen Degeneration halten.

Herr Sick hat in mehreren Fällen von Sectionsschnitt, in denen er ohne Verwendung von Jodoformgaze die beiden Nierenhälften wieder vernähte, keine besonderen Störungen der Harnsecretion (abgesehen von dem anfänglichen Blutabgang) gefunden.

Herr E. Fränkel glaubt an eine traumatische Ursache der Erkrankung des Nierenparenchyms.

Herr Wiesinger vermeidet bei dem Sectionsschnitt die Jodoformgaze auf Grund seiner Ansicht von der schädlichen Wirkung des Jodoforms auf das Nierenparenchym.

Herr Simmonds führt für die Annahme einer traumatischen Entstehung der Nierenveränderungen an, dass er ähnliche mikroskopische Befunde bei der Untersuchung eines Falles von Querzerreissung der Niere gefunden habe. Nicht allein in unmittelbarer Nachbarschaft des Risses, sondern noch einige Centimeter weit entfernt war eine ausgedehnte Nekrose des Epithels erkennbar gewesen.

Herr E. Fränkel ist der Ansicht, dass weder durch theoretische Erwägungen noch durch Thierexperimente eine sichere Beantwortung der Streitfrage erreicht werden kann, dass vielmehr allein die genaue klinische Beobachtung an den operirten Kranken zu einem entscheidenden Resultat führen wird.

Herr Kayser berichtet über zwei Fälle von **Carcinoma oesophagi**, bei denen die vollständige Verlegung der Speiseröhre durch das carcinomatöse Geschwür die Anlegung einer Magenfistel nothwendig gemacht hatte. In beiden Fällen, welche ausführlicher besprochen werden — in dem einen Falle hatte eine Arrodirung der Aorta eine letale Haemoptoe herbeigeführt, in dem anderen Falle war eine Gangraen der rechten Lungenspitze eingetreten — functionirte die Fistel in ausgezeichneter Weise derart, dass das Belegen der Fisteln mit einem Zinkpflasterstreifen vollständigen Schluss der Fisteln herbeiführte. Die Operation hatte in der Weise stattgefunden, dass der die Magenwand durchtrennende Schnitt zunächst nur bis auf die Mucosa geführt, die Mucosa auf eine Strecke von 2 bis 3 cm stumpf von der Muscularis getrennt und am Ende dieses Muscularis-Mucosaganges eine kleine Oeffnung in der Magenwand angelegt wurde; über der in die Oeffnung eingeführten Drainröhre wurde der Magen von beiden Seiten nach der Witzel'schen Methode fortlaufend zusammengenäht. Die das Ende der hinteren Fistelwand bildende Schleimhautfalte legt sich, wie an den vorliegenden Präparaten erkennbar ist, wenn der Magen gefüllt ist, derart an die vordere Fistelwand an, dass eine Art Ventilverschluss zu Stande kommt. Vortragender sieht in der Verlagerung der Fistel an ihrem Ende zwischen Mucosa und Muscularis in Modification des Marwedel-Fischer'schen Verfahrens sowie in der Anlegung einer möglichst kleinen Oeffnung im Magen den Hauptgrund dafür, dass die Fisteln in so vortrefflicher Weise functionirten; selbst wenn die Schrägfistel im Laufe der Zeit einen mehr gestreckten Verlauf annimmt, wie der eine Fall mit 10monatlichem Bestehen der Fistel beweist, bleibt die Schlussfähigkeit der Magenfistel erhalten.

Herr Wiesinger hat in einer grösseren Anzahl von Oesophaguskrebsen die Fistel in einer ganz ähnlichen Weise angelegt. Auch er bildet den Fistelgang zwischen Mucosa und Muscularis.

Die Gastrostomie beseitigt die nächste Todesursache, die Inanition; daher sehen wir häufig die weiteren Entwicklungs- und die Endstadien der Krebswucherung, die sonst selten zur Beobachtung kommen, ausgedehnte Durchbrüche in die Bronchien, Lungengangraen, Arrosion grosser Gefässe u. A.

Herr Werner demonstrirt Präparate und Schnitte von einem Fall von **primärem Lungencarcinom.**

62 jähr. Frau. 6 Wochen in Krankenhausbeobachtung. Vorher 6 Wochen krank. Kachexie. Dyspnoe. Teigiges, schmerzhaftes Infiltrat des Nackens. Drehbewegungen des Kopfes schmerzhaft. Stillstand der rechten Thoraxhälfte. Rechter Unterlappen: resistente Dämpfung, Bronchialathmen, Rasseln. Links vicariirendes Emphysem; saffranfarbenes Sputum. Lymphdrüsenschwellung. Leichte Temperaturerhebungen.

Rascher Zerfall des Lungeninfiltrates, nachweisbar durch Aufhellung des Percussionsschalles, Cavernensymptome, profuse Expectoration eines pflaumenbrühfarbenen, nicht stinkenden Sputums. Beim Stehen schichtet sich der Auswurf. Oberste Schicht schaumig, mittlere: pflaumenbrühfarben, schleimig, untere: grauweisses, zähes Sediment. Intracellulär liegende Diplococcen, Leukocythen, Erythrocythen, grosse, einkernige, platte Alveolarepithelien, keine Fetttröpfchenzellen, wie in Lenhartz's Fällen.

Obduction bestätigt die Diagnose: Von der Bronchialschleimhaut ausgehenden primären Cylinderzellenkrebs des rechten Unterlappens; dicke pleuritische Schwarte, gekammerte Caverne im Unterlappen, in welchem hochgradiger Zerfall des Tumors stattfindet. Schiefrig-graues Randinfiltrat. Lobulärpneumonische carcinomatöse Infiltrate an einzelnen Partien der übrigen Lunge.

Cylinderzellenmetastasen in einer Nebenniere und im Körper des III. Halswirbels. Carcinomatöse Degeneration der Nuchaldrüsen.

Herr Unna gibt Bemerkungen zu der Demonstration des Leprafalles in der vorigen Sitzung. Er fragt Herrn E. Fränkel, wie er die Verfettung der Milzzellen nachgewiesen habe. Der Ansicht Fränkel's, dass intracelluläre Leprabacillen vorkommen, kann sich Vortragender nicht anschliessen, da bei der von ihm angegebenen polychromen Methylenblaufärbung die Bacillenhaufen niemals eine Blaufärbung annehmen, sondern bei der Doppelfärbung immer rein roth erscheinen, wie ein vorgelegtes mikroskopisches Präparat zeigt.

Herr E. Fränkel glaubt, auf Grund der Haematoxylin-Eosinpräparate eine Anhäufung von Fetttropfen in dem Protoplasma der Milzzellen feststellen zu können.

Die Osmiumsäure hat er nicht angewendet.

Die Methode Unna's hat er nicht verwendet; nach seiner Ansicht kann man unter Hilfe der Mikrometerschraube die intracelluläre Lage der Leprabacillen constatiren. Mit aller Bestimmtheit hat er sich bei den Blutgefässendothelien davon überzeugt.

Herr Urban legt 2 Präparate von Tubenabort vor aus den ersten 4—6 Wochen der Schwangerschaft. Die operative Behandlung sei der abwartenden vorzuziehen, da sie in kürzerer Zeit und sicherer zur Heilung führe, als letztere. Abgesehen von anderen dringenden Indicationen zur Operation müssten auch die socialen Verhältnisse berücksichtigt werden. Während man bei einer messerscheuen wohlhabenden Patientin, die jeglicher Pflege theilhaftig werden kann, abwarten könne, wenn keine dringenden Symptome vorlägen, solle man Frauen aus den arbeitenden Classen, die sich nicht genügend schonen können, frühzeitig dringend die Operation anrathen.

Herr Wiesinger hält bei gesicherter Diagnose in allen Fällen die operative Behandlung für geboten.

Herr Prochownik hat statistisch nachgewiesen, dass die operative Behandlung vorzuziehen ist. Allerdings hat die conservative Behandlung gewisse Fortschritte gemacht, weil die Diagnose von den praktischen Aerzten jetzt früher gestellt wird. Dem Vortragenden sind in den letzten Monaten 2 Tubarschwangerschaften in der 6. Woche zugeschickt worden, welche sich unter fortwährender Beobachtung ohne nennenswerthe Erscheinungen langsam zurückgebildet haben. Im Allgemeinen jedoch hält er die Operation für indicirt, wobei das spätere Befinden der Kranken sowie ihre Aussicht, wieder zu concipiren, besser sind; bei den arbeitenden Ständen ist vor Allem die kürzere Dauer von Wichtigkeit.

Herr **Simmonds: Ueber die Veränderungen des Hodens bei experimentellem Verschluss des Samenleiters.**

Bei seinen Untersuchungen über die Ursachen der Azoospermie hatte S. die Erfahrung gemacht, dass nach narbigem Verschluss des Samenleiters im Anschluss an gonorrhoische Processe der Hoden in der Regel keine Veränderungen zeigte und in manchen Fällen noch deutliche Spermatogenese erkennen liess. Im Gegensatz hierzu hatten Chirurgen öfter nach Resection des Vas deferens Hodenatrophie eintreten sehen. Thierexperimente von verschiedenen Untersuchern hatten ein wechselndes Resultat geliefert, die Einen hatten Atrophie des Hodens nach Unterbindung des Samenleiters beobachtet, die Anderen fanden keine secundären Veränderungen. Brissaud endlich berichtete, dass der Ausfall des Experimentes davon abhing, ob die Thiere nach dem Eingriff isolirt wurden oder bei den Weibchen verblieben. Im ersten Falle sollten secundäre Veränderungen fehlen.

Vortragender hatte an Kaninchen, Ratten und Meerschweinchen operirt und sie nach 2—20 Wochen getödtet. Bei den Kaninchen war in $^1/_3$, bei den Ratten in $^2/_5$, bei den Meerschweinchen in $^3/_4$ der Fälle der Hode normal geblieben. Nicht allein bei verschiedenen Thierarten, sondern innerhalb derselben Thierart war der Erfolg des Samenleiterverschlusses ein wechselnder gewesen, und es liess sich nicht erkennen, welche Umstände das wechselnde Resultat bedingten. Brissaud's Angabe bestätigte sich dabei gar nicht; es war für den Erfolg völlig gleichgiltig, ob die Thiere isolirt oder bei den Weibchen gelassen waren.

Bei den Thieren, welche keine secundären Hodenveränderungen zeigten, war die Spermatogenese in normaler Weise weitergegangen; bei den übrigen zeigten sich sehr wechselnde, der seit der Unterbindung verflossenen Zeit nicht parallele Veränderungen. Das Vas deferens war distal von der Ligatur stets erweitert, ebenso die Nebenhodencanälchen, welche je nach Fortdauer oder Fehlen der Spermatogenese Samenfäden enthielten oder leer waren. Die Hodenepithelien waren in verschiedener Ausdehnung degenerirt, die Tochterzellen waren oft in eigenthümliche vielkernige Gebilde umgewandelt, die Canälchen waren öfter erweitert, bisweilen war die gesammte Epithelschicht zerstört bis auf eine schmale Zone flacher Zellen. In den atrophirten Hoden waren die Canälchen eng, von atypischen Zellen ausgekleidet oder mehr oder minder verödet. Das interstitielle Gewebe war in diesen Fällen verbreitert, stark kleinzellig infiltrirt. Die im Anschluss an die Unterbindung auftretende Atrophie ist also nicht als Inactivitätsatrophie aufzufassen (Kehrer), sondern als Resultat entzündlicher und degenerativer Processe, welche vielfach an die in anderen Drüsen beobachteten parallelen Veränderungen erinnern. Dadurch unterscheidet sich der Hode von anderen Drüsen, dass er nur in einem Theil der Fälle nach Verschluss seines Ausführungsganges der Atrophie anheimfällt. Was aus den weiter nach Verschluss des Vas deferens producirten Spermatozoen wird, ist nicht zu sagen. Wahrscheinlich werden sie von den weiten Lymphgefässen des Hodens resorbirt, doch ist der Nachweis hierfür nicht zu liefern. Vielleicht desshalb, weil sie vor ihrer Resorption Umwandlungen erleiden, die ihre Auffindung ausserhalb der Samenwege unmöglich machen.

Herr Sick halt es für wahrscheinlich, dass das verschiedene Verhalten des Hodens nach der Unterbindung des Vas deferens sich danach richte, ob die zum Hoden laufenden Nervenfasern mit durchschnitten werden.

Die Frage nach dem Schicksal der Spermatozoen ist noch offen. Vielleicht entfernen sich dieselben in die Tunica vaginalis, in der ja häufig Spermatozoen bei einem gleichzeitigen Erguss gefunden werden.

Herr Arning hat bei gonorrhoischem Verschluss des Vas deferens chronische interstitielle Orchitis beobachtet, die unter geringen Schmerzen verläuft und die er mit den von Herrn Simmonds beobachteten entzündlichen Erscheinungen des Hodengewebes vergleichen möchte.

Herr E. Fränkel schlägt vor, die Experimente bei Hunden zu wiederholen und fragt, ob sich Veränderungen an den Gefässen des Samenstrangs gefunden haben. Fr. nimmt an, dass die gleichzeitige Laesion von Nervenfasern und Gefässveränderungen für die Folgeerscheinungen am Hodengewebe entscheidend seien.

Herr Arning erwidert auf eine Anfrage Delbanco's, dass er den Verschluss des Vas deferens aus der Abwesenheit der Spermatozoen im Sperma diagnosticirt habe.

Herr Simmonds: Die von Herrn Arning angeführten Beobachtungen lassen sich durch ein directes Uebergreifen des entzündlichen Processes vom Nebenhoden auf den Hoden erklären. S. hat in einem Falle im Anschluss an gonorrhoische Epididymitis viele Monate anhaltende heftige Schmerzhaftigkeit beobachtet, welche endlich zur Castration zwang. Hier fanden sich Schwielenbildungen im Nebenhodenschwanz, direct auf den benachbarten Hoden übergreifend und in diesen ausstrahlend. Zu einer nennenswerthen Secretstauung war es hier gar nicht gekommen. Die Annahme des Herrn Fraenkel, dass vielleicht secundäre Veränderungen der Nerven des Samenstranges für den Ausfall des Resultats verantwortlich zu machen sind, scheint sehr plausibel, es ist indess nicht möglich, das sicher zu beweisen, da stets kleine Nervenäste bei dem Eingriff lädirt werden und in Narbengewebe aufgehen. Das Verhalten der Gefässe des Samenstranges hat er nicht berücksichtigt.

Medicinisch-naturwissenschaftl. Gesellschaft zu Jena.

Section für Heilkunde.

Sitzung vom December 1898.

Vorsitzender: Herr Falk. Schriftführer: Herr Gumprecht.

1. Herr Hartmann stellt einen Patienten vor, der sich am 11. October mit einem 9 mm-Revolver etwas vor und oberhalb des rechten Ohres in den Schädel geschossen hatte. Es besteht eine linksseitige Hemiplegie, linksseitige Facialislähmung mit Ausnahme des oberen Astes, eine rechtsseitige complete Oculomotoriuslähmung und eine linksseitige Hemianopsie.

H. bespricht den event. Sitz des Geschosses in dem grossen Hirnschenkel, die Nervenverletzungen und eingehend den Schusscanal. Gelangen keine infectiöse Noxen in den Schusscanal, so ist eine Ausheilung möglich, die zerstörte Hirnsubstanz braucht keine erheblich entzündlichen Veränderungen zu erfahren. Selbst das Liegenbleiben der Kugel und der mit in den Schusscanal hineingerissenen Knochenstückchen brauchen an sich nicht ohne Weiteres die Heilungsbedingungen zu verschlechtern. Die Knochenstückchen können vollkommen resorbirt werden, oder sie können sich, wie die Kugel, abkapseln. In diesem Zustande kann die Kugel Jahr und Tag sich ruhig verhalten, bis sie vielleicht eines Tages aus uns noch völlig unbekannten Ursachen plötzlich unter hohen Temperaturen zu einer Fremdkörperentzündung Veranlassung gibt. Häufig hat diese Entzündung einen serösen Charakter, doch ist eine rein eitrige Form nicht ausgeschlossen, der dann schnell die Patienten erliegen.

Er führt weiter aus, dass früher die Ausheilung von Schädelschüssen viel zu hoch angeschlagen sei, dass im Gegentheil eine dauernde Heilung zu den grössten Seltenheiten gehöre.

Therapeutisch ist er der Ansicht, in solchen Fällen durchaus abwartend verfahren zu müssen und warnt, sich nicht durch Röntgenbilder zur sofortigen Entfernung von Geschossen verleiten zu lassen. Zu einer primären Trepanation soll man sich nur dann entschliessen, wenn es sich um eine stärkere Blutung aus der Art. meninga media handelt, oder Anzeichen für einen ganz oberflächlichen Sitz des Geschosses vorhanden sind. Stellen sich in den ersten Tagen Symptome von Hirndruck ein, so kann ein Versuch mit Lumbalpunction gemacht werden.

2) Herr Köhler demonstrirt einen Kranken mit Lichen ruber planus von 41jährigem Bestande. Der 57jährige Mann besitzt die Affection, welche in leicht juckenden, wachsglänzenden, gelbrothen und rothen Knötchen besteht, die hauptsächlich den ganzen Rumpf ohne deutliche systematische Anordnung bedecken, von seinem 16. Jahre ab. Die regressive Dellenmetamorphose weist der Kranke nicht auf, vielmehr bilden sich die Efflorescenzen allmählich unter Abblassen zurück, während andere Knötchen sich allmählich aus wachsartig glänzenden Pünktchen entwickeln. Pat. ist wegen der Affection nie ärztlich behandelt.

K. geht in kurzer Darlegung auf das Wesen des Lichen acuminatus Hebra und des Lichen planus Wilson ein und beleuchtet die Differentialdiagnose zwischen Lichen acuminatus, Ekzema universalis, Psoriasis und Pityriasis rubra, dann zwischen Lichen planus, Lichen scrophulosorum und kleinpapulösem Syphilid. Die Schwierigkeit der Diagnose liegt hauptsächlich in der Seltenheit des Vorkommens des Lichen.

Der vorgestellte Fall erregt besonderes Interesse 1. wegen seiner auffallend grossen Chronicität, 2. wegen seiner auffallenden Gutartigkeit, 3. wegen des Fehlens der meist auftretenden regressiven Dellenbildung.

3. Herr Ziehen: **Ueber ein neues Aesthesiometer und die Methoden zur Bestimmung der Raumschwelle.**

Die bis heute gebräuchlichen Aesthesiometer von Eulenburg, Frey, Griesbach u. A. erlauben sämmtlich keine correcte Messung des Druckreizes, da sie besten Falls nur das Gewicht ($p = mg$), nicht aber die lebendige Kraft ($E = \frac{mv^2}{2}$), auf welche es ankommt, messen. Das vom Vortragenden construirte Pendelaesthesiometer (Mechaniker Gericke in Jena) hilft diesem Missstand ab. Im Wesentlichen besteht das Pendel aus einem Blechstreifen, an dessen unterem Ende ein zweiter senkrecht zur Schwingungsebene des Pendels befestigt wird. Der zweite Blechstreifen trägt zwei vorspringende Knöpfchen, welche fast in ganzer Länge des Blechstreifens verschiebbar sind. Handelt es sich nun um Feststellung, wie weit überhaupt Reize bestimmter Intensität empfunden werden (Intensitätsmessungen), wird nur eines der Knöpfchen verwandt. Die Intensität des Druckreizes wird variirt, indem man entweder den Schwingungswinkel des Pendels vergrössert, oder das Pendel durch Zusatzgewichte beschwert ($E = 2 \sin^2 \frac{\alpha}{2}$ g ml). Die Reduction des physischen Pendelaesthesiometers auf das mathematische — mit Hilfe der Formel $l = g(\frac{T}{2\pi})^2$ — erlaubt zum ersten Male eine absolute Reizmessung. Derselbe Apparat wird auch zur Bestimmung der Raumschwelle verwandt. Dann kommen beide Knöpfchen in wechselndem Abstand zur Verwendung. Der Versuch hat in letzterem Falle so stattzufinden, dass in der zu prüfenden Hautregion für verschiedene Abstände der Knöpfchen einzeln der Prozentsatz der richtigen Fälle festgestellt wird. Die so sich ergebende Curve, nicht ein Mittelwerth, gibt ein exactes Bild der Raumschwelle.

Reizungen mit einem Knöpfchen werden zur Controle allenthalben eingeschaltet: Die hierbei sich ergebenden falschen Fälle (Doppelempfindungen) werden als Maass des Einflusses der Autosuggestion mitverwerthet. Auch die Reizungen mit 2 Knöpfchen haben nicht in steigenden Abständen, sondern promiscue mit verschiedenen Abständen stattzufinden. So vermeidet man die sog. Vexirfehler. Zur Bestimmung der Reizschwelle lässt Vortragender abgewogene Mengen einer pulverförmigen Substanz durch ein Glasrohr auf eine umschriebene Hautstelle fallen.

Aerztlicher Verein München.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 14. December 1898.

Vor der Tagesordnung begrüsst der 1. Vorsitzende, Herr Bollinger das Ehrenmitglied, S. E. Herrn Geheimrath v. Pettenkofer und bringt demselben noch nachträglich die Glückwünsche des Vereins zu dessen 80. Geburtstage zum Ausdruck. Herr v. Pettenkofer dankt in warmen Worten für die Ehrengabe. Im ärztlichen Vereine habe er stets seine Freunde gehabt und Helfer und Mitarbeiter bei seinen Forschungen. Er erinnert daran, dass Buhl es gewesen, der die Beziehungen zwischen Grundwasser und Typhusfrequenz festgestellt, dass Voit die Grundlage der Ernährungslehre wissenschaftlich begründet und praktisch gefördert habe; so sei er bei allen seinen Arbeiten von Anderen gestützt und gefördert worden. Er dankt speciell für die Unterstützung durch die Aerzte, bei dieser Gelegenheit, die «vielleicht sein Abschied aus dem Vereine sei», wolle er für alle Mitarbeit danken und dem Vereine ein weiteres Gedeihen wünschen.

Der Vorsitzende hebt die Verdienste hervor, die Herr v. Pettenkofer sich um die Hebung des ärztlichen Standes erworben hat und bringt demselben ein dreifaches Hoch, in das die Anwesenden begeistert einstimmen.

Herr v. Pettenkofer zeigt den Mitgliedern die Ehrengabe des Vereines, sowie die Adressen, die er zum 80. Geburtstage vom kaiserl. Reichsgesundheitsamte und von der Berliner medicinischen Facultät erhalten hat; der Vorsitzende verliest die beiden letzteren.

Herr v. Winckel: **Ueber die Bildungshemmungen des Uterus.**

Der Vortragende hob zunächst hervor, dass bezüglich der Hemmungsbildungen der weiblichen Genitalien drei Punkte einer besonderen Besprechung werth seien, die Eintheilung, die Benennung derselben und ihre Aetiologie.

Hinsichtlich der Eintheilung war er der Ansicht, dass von den bisher gewählten zwar die Fürst'sche, weil sie den Entwickelungsstadien genau folge, besser sei als die von Kussmaul und auch die neueste von Nagel; dass aber auch in ihr bestimmte Missbildungen noch nicht ohne Zwang untergebracht werden könnten.

Es scheine ihm daher zweckmässig, 7 Perioden in der Entwickelung des weiblichen Sexualtractus zu unterscheiden:

1) Im ersten Monat Entstehung der Müller'schen Fäden;
2) im zweiten: Aushöhlung derselben und erste Anfänge der Vereinigung;
3) im dritten bis fünften: Fortschreitende Verschmelzung;
4) im vierten bis fünften: Allmählicher Schwund des Septums;
5) im sechsten bis zehnten: Entwickelung des Uterus foetalis;
6) vom ersten bis zwölften Jahr: Uterus infantilis;
7) vom dreizehnten bis siebzehnten Jahr: Uterus virgineus.

Was die Benennung anlange, so seien alle Worte, die nicht der Bildungsstufe, sondern nur der äusseren Form entlehnt seien, wie: Uterus didelphys, incudiformis, bilocularis, bicameratus, bifidus, um so mehr zu meiden, als sie von verschiedenen Autoren zur Bezeichnung ganz verschiedener Bildungshemmungen benützt würden.

So lange die beiden Müller'schen Fäden ganz getrennt, sei nur die Bezeichnung Uterus et vagina duplex, so lange die Uteri ganz getrennt und die Vaginae verschmolzen: Uterus duplex, Vagina septa rathsam.

Für alle übrigen Fälle genügten:

Uterus bicornis (septus, subseptus, simplex)
Vagina septa, subsepta, simplex,
„ introrsum arcuatus — ebenso,
„ planifundalis „
„ foras arcuatus,

wie sie mit Recht Fürst schon durchgeführt hatte.

Am Wenigsten sei noch von den Ursachen der Bildungshemmungen bekannt; man habe Lues, foetale Peritonitis, zu kurzen Dottergang, geplatzte Allantois mit Extrophie der Blase

und zahlreiche Erkrankungen (Hydrocephalus), amniotische Bänder am Steissende, das Fehlen einer Nabelschnurarterie als Veranlassungen der Hemmungen betont.

Aber für die grösste Zahl der Fälle reichten diese Ursachen nicht aus, oder liessen sich sogar bestimmt ausscheiden. Da dieselben meist in sehr frühe Perioden des intrauterinen Daseins zu verlegen seien, so werde man schon a priori auf den Wolff'schen Gang und sein Verhalten zu dem Müller'schen als einen sehr wichtigen Factor hingedrängt, und müsse sowohl in dem engen Aneinanderliegen derselben, in ihrer Kreuzung und Einwachsung und schliesslich besonders in der Richtung ihres Wachsthums, nach 2 entgegengesetzten Seiten, eine wichtige Prädisposition für alle jene Bildungshemmungen erkennen, eine Auffassung, die namentlich durch die neuerdings (Wendeler, Waldeyer) wohl sicher erwiesene Entstehung des Lig. rotundum aus dem Wolff'schen Gange, wesentlich unterstützt werde. Der Vortragende belegte seine Auseinandersetzungen durch eine Reihe seltener, instructiver Präparate nebst deren Abbildungen.

Discussion. Herr Gustav Klein: Herr Geheimrath v. Winckel hat seinen Ausführungen und der Demonstration dieser in höchstem Grade interessanten und zum Theil überaus seltenen Präparate den Entwicklungsgang der weiblichen Genitalien beim Menschen zu Grunde gelegt.

Es bietet nun manches Interesse, neben dieser Entwicklung beim Säugethiere «Mensch» — also neben der Ontogenie — auch die allmähliche Entwicklung der weiblichen Genitalien von tiefer stehenden Wirbelthieren bis herauf zum höchsten Säuger, dem Menschen zu verfolgen, also die Phylogenie. Denn thatsächlich steht auch im Hinblick auf die Entwicklung und endgiltige Ausbildung seiner Organe der Mensch an der höchsten Stelle in der Reihe der Wirbelthiere; er hat ein Recht, sich als «die Krone der Schöpfung» zu bezeichnen, wenn auch mit ihm naturgemäss die Entwicklung nicht als abgeschlossen betrachtet werden kann.

Sie haben, m. H, von Herrn Geheimrath v. Winckel gehört, dass die demonstrirten Präparate menschlicher Hemmungsbildungen u. A. 2 Typen erkennen lassen: 1. solche, bei welchen von der unter normalen Verhältnissen paarigen Anlage des Geschlechtsapparates nur die eine Seite vollkommen entwickelt ist, während die andere Seite gar nicht oder ungenügend ausgebildet wurde. Und 2. findet sich ein Typus von Missbildungen der menschlichen Genitalien, bei welchem die mediane Verschmelzung der paarig angelegten Gänge gar nicht oder nicht in solchem Grade erfolgt ist, wie unter normalen Verhältnissen.

Für alle diese Entwicklungsstufen, welche beim Menschen als Hemmungsbildungen erscheinen, finden sich nun Beispiele aus der Thierwelt, in welchen diese Entwicklungsstufen das Normale darstellen; mit anderen Worten, diese Thiergattungen bleiben in der Entwicklung der Genitalien auf einer tieferen Stufe stehen.

Herr Geheimrath v. Winckel hat an Tafeln demonstrirt, dass die inneren Genitalien — wenn man von den Keimdrüsen (Hoden, Eierstock) und Nebenkeimdrüsen (Nebenhoden, Nebeneierstock) absieht — sich aus 2 Gangpaaren entwickeln.

Von den Urnieren herab verlaufen 2 Gänge, die Wolff'schen Gänge, gegen das Schwanzende des Embryo. Sie nähern sich einander nach unten zu und bilden die Ausführungsgänge der Urnieren; beim Manne persistiren sie auch postfoetal als Samenleiter, Vasa deferentia. Erst, nachdem die Wolff'schen Gänge fertig entwickelt sind, wachsen neben ihnen von oben herab je 2 andere Gänge: die Müller'schen Gänge. Beim Manne gehen sie späterhin bis auf ein geringes Endstück wieder zu Grunde. Beim Weibe dagegen übertreffen sie bald an Grösse die Wolff'schen Gänge; diese letzteren gehen beim Weibe unter normalen Verhältnissen zu Grunde. Die Müller'schen Gänge aber entwickeln sich beim Weibe schon in foetaler Zeit zu Eileitern, Gebärmutter und Scheide. Das geschieht in der Weise, dass die oberen (proximalen) Theile der Müller'schen Gänge unvereinigt bleiben — Eileiter, während die unteren (distalen) Strecken mit einander verschmelzen — Gebärmutter, Scheide.

Betrachten wir nun diese Verhältnisse bei einfacheren Wirbelthieren, so findet man überraschende Vergleichspunkte. So ist z. B beim Huhn die Ausbildung nur des einen Müller'schen Ganges das Normale: bei ihm geht der r. Müller'sche Gang ganz zu Grunde und nur der l. entwickelt sich zum Genitalschlauch. Das entspricht also dem Typus der Entwicklungshemmung beim Menschen.

Noch reichere Vergleichspunkte ergeben sich bei manchen Wirbelthieren mit dem 2. Typus der Missbildung des weiblichen Genitalschlauchs beim Menschen, also mit der mangelhaften Verschmelzung der Müller'schen Gänge.

So bleiben die beiden Müller'schen Gänge bei Beutelthieren (Marsupialiern) ganz unverschmolzen; sie haben also nicht nur 2 Eileiter, sondern auch 2 Uteri und 2 Scheiden; demgemäss hat z. B. das Männchen beim Opossum auch 2 Penis. Beim Menschen würde das also einer Vagina septa mit Uterus septus oder duplex entsprechen. Gehen wir höher hinauf in der Reihe der Säuger, so finden wir bei Nagern zwar die unteren Abschnitte der Müller'schen Gänge zu einer einzigen Scheide vereinigt, aber noch einen doppelten Uterus, der ja auch beim Menschen als Hemmungsbildung vorkommt. Noch weiter ist die Verschmelzung beim Rinde erfolgt. Hier sind sogar schon die untersten Abschnitte der uterinen Strecken der Müller'schen Gänge zu einer einzigen Cervix verschmolzen, während noch 2 getrennte Uteruskörper vorhanden sind. Beim Menschen endlich sind auch die dem Uteruskörper entsprechenden Abschnitte der Müller'schen Gänge verschmolzen zu einem einzigen Organe, während die Tuben noch getrennt erhalten bleiben.

Es liegt die Versuchung nahe, daraus eine Philosophie der Entwicklungsgeschichte abzuleiten und mit ihrer Hilfe gleichsam einen Blick in die zukünftige Entwicklung des Säugers zu thun, welcher nach dem Menschen kommt. Ein solcher Versuch ist ebenso verlockend als gefährlich. Immerhin könnte man vielleicht sagen, es besteht auf diesem Gebiete die Tendenz, die Thatsache, wenn auch nicht das Gesetz einer allmählichen medianen Anordnung und Verschmelzung der ursprünglich (im phylo- und ontogenetischen Sinne) lateral und paarig angelegten Müller'schen Gänge des Weibchens. Möglicher Weise kommt es später auch zu einer medianen Verschmelzung der Tuben, und wir hätten dann die anatomische Grundlage der Ausbildung des weiblichen Genitals beim «Uebermenschen» Nietzsche's.

Noch ein anderer Punkt ist es, den ich aus den Ausführungen des Herrn Geheimrath v. Winckel berühren möchte. Er betrifft das Verhältniss des Wolff'schen zum Müller'schen Gange. Wie der Herr Vortragende erörtert hat, ist die allgemeine Annahme die, dass nach Entwicklung der Wolff'schen Gänge neben ihnen die Müller'schen Gänge herabwachsen.

Es würde sich also, wenigstens für die höheren Wirbelthiere, nur um ein Nebeneinander, eine rein topographische Beziehung der Müller'schen zu den Wolff'schen Gängen handeln. Das ist gewiss für viele Wirbelthierclassen der Fall, aber nicht für alle. Beim Hai z. B. entwickelt sich der Müller'sche Gang nach Balfour und Sedgwick aus dem Wolff'schen Gange; Dieser letztere ist zuerst entwickelt, man könnte kurz gefasst sagen: Im Anfang ist der Wolff. Später theilt sich der Wolff'sche Gang von oben nach unten in einen Doppelcanal: Wolff'scher und Müller'scher Gang. Demnach würde hier der Müller'sche Gang, oder richtiger der grösste distale Theil des Müller'schen Ganges aus dem Wolff'schen, nicht nur neben ihm sich entwickeln.

In neuerer Zeit haben van Erb, Taalman, Kip und Burger diese Entwicklung des distalen Abschnittes der Müller'schen Gänge aus den Wolff'schen für einen Vogel (Ente) und in jüngster Zeit Groschuff und ich bei einem Säuger (Kaninchen) nachgewiesen. Die Präparate haben Groschuff und ich in der Münchener gynäkologischen Gesellschaft, dann in der Münchener Gesellschaft für Morphologie und Physiologie, später auch Herrn Geh. Rath v. Kupffer demonstriren dürfen.

Herr Geh. Rath v. Kupffer hat sich für die distale Strecke (Uterus und Scheide) beim Kaninchen nach eingehender Untersuchung unserer Präparate auch mit unserer Deutung einverstanden erklärt. In der gynäkologischen Gesellschaft hat dagegen Herr Dr. J. A. Amann jun. unsere Deutung nach kurzer Besichtigung einiger weniger unserer zahlreichen Präparate für unzutreffend erklärt. Da diese seine Anschauung trotz der kurzen Besichtigung nur weniger mikroskopischer Schnitte auch in den Sitzungsberichten der Münchener gynäkologischen Gesellschaft in Druck niedergelegt ist, werden Groschuff und ich uns mit Herrn Dr. Amann auch in diesem Punkte literarisch noch eingehender zu beschäftigen haben.

Die Frage, ob die Müller'schen Gänge aus oder nur neben den Wolff'schen Gängen sich entwickeln, also ob die Müller'schen zu den Wolff'schen Gängen auch in genetischer oder nur in topographischer Beziehung stehen, ist jedoch nicht einheitlich für alle Thierclassen zu entscheiden. Es scheint, dass beide Formen von Beziehungen vorkommen, d. h. dass die unteren Abschnitte der Müller'schen Gänge bei einer Thierclasse aus den Wolff'schen Gängen, bei der anderen neben ihnen sich entwickeln. Für die Erklärung des Zustandekommens mancher Missbildungen beim Menschen ist das von Wichtigkeit; denn bei Annahme einer genetischen Beziehung wäre es leicht verständlich, dass beim Fehlen des Wolff'schen Ganges (vielleicht auch der Urniere und Niere) der einen Seite auch der Müller'sche Gang dieser Seite fehlt. Und thatsächlich hat uns Herr Geheim-Rath v. Winckel solche Präparate zeigen können.

Es ergibt sich daraus, welch' ausserordentliches Interesse das Studium dieser Entwicklungshemmungen des menschlichen Genitals für die phylogenetische und ontogenetische Entwicklung besitzt und die Präparate, welche wir heute gesehen haben, erläutern in klarer Weise, dass es sich beim Menschen um ein pathologisches Zurückbleiben auf einer niederen Entwicklungsstufe handelt, auf welcher einzelne Thierclassen unter normalen Verhältnissen stehen geblieben sind. (Schluss folgt.)

Nürnberger medicinische Gesellschaft und Poliklinik.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 1. December 1898.

Herr **Joh. Merkel** stellt vor: 1. Ein 15jähr. Mädchen mit angeborener **Hemmungsbildung der ganzen linken oberen Extremität**, welche im Gegensatz zur rechten einen infantilen Charakter bewahrt hat, combinirt mit **congenitaler Luxation des linken Carpus** d. h. der ganzen Hand nach der Volarfläche. In Folge der hierdurch bedingten Functionsunfähigkeit der Hand, welche jede Extension ausschloss, die Flexion beinträchtigte, Pro- und Supination aufhob, machte Herr M. die Resection der vorstehenden Vorderarmknochen, wodurch eine Nearthrose entstand, welche allen Anforderungen obiger Bewegung entsprach und weder Ankylose noch Schlottergelenk, sondern ein vollkommen brauchbares Gelenk bedingte und so die Erwerbsfähigkeit des Mädchens sicher stellte.

2. Eine 32jähr. **Frau**, welche einen **Tumor (Fibromyxom)** ausgehend von der **linken Stirnhöhle**, darbot, welcher in die Orbita perforirte und Sehstörungen hervorbrachte. Durch einen Schnitt nach dem Nasenrücken und längs des linken Orbitalrandes wurde ein Lappen mit äusserer Basis gewonnen, welcher nach Abmeisselung der Knochen den Tumor blosslegte und der Exstirpation zugänglich machte. Heilung erfolgte in der mit 8 Suturen geschlossenen Wunde aseptisch.

3. Referirt Herr Joh. M. über **Calot's** Ansicht, durch Injection von 1:50 Chlorzink in Lymphome des Halses die Exstirpation derselben zu beschränken (mitgetheilt auf dem Congress der französischen Chirurgen 1898). Uebereinstimmend damit empfahl in der Akademie der Medicin in Paris **Peniéres** Injectionen von Euphorbiumemulsionen.

Herr M. meint, diese Bestrebungen, anstatt der oft schablonenmässig ausgeführten Exstirpation hyperplastischer und stationärer Lymphome diese nur auf bereits ulcerirte und fistulöse Drüsen zu erstrecken, seien zu begrüssen, da durch die frühzeitige blutige Operation dem Emporwuchern neuer Lymphome keineswegs vorgebeugt werden kann.

Herr **Riegel** über einen Fall von sogen. «intermittirendem Hinken» («Claudication intermittente» — Charcot, «Dysbasia intermittens angiosclerotica – Erb»).

Als der 59jähr. Patient zum 1. Male im Mai 1894 in die Behandlung des Vortragenden kam, war das Leiden, welches sich ganz allmählich entwickelt hatte, schon einige Jahre lang vorhanden, und Patient konnte damals schon nicht länger mehr als eine viertel bis höchstens eine halbe Stunde gehen, worauf sich schmerzhaftes Ziehen in den Waden, zunehmende Schwere und Müdigkeit in den Beinen, lebhafte Paraesthesien einstellten und das Gehen unmöglich machten. Die Füsse fühlten sich kalt an und wurden in horizontaler Lage sehr bald leichenblass, beim Herunterhängen tief cyanotisch. Nach längerer Ruhe schwanden die Erscheinungen und Patient konnte wieder gehen bis sich die Symptome von Neuem einstellten. Es wurde damals allgemeine Arteriosklerose constatirt. Die Pupillen, Kniephänomene, die Sensibilität und Motilität verhielten sich vollkommen normal. Die Musculatur der Beine war nicht atrophisch; als einzige trophische Störung war ein auffallende Anomalie des Nagelwachsthums vorhanden; die Nägel an beiden Füssen, besonders an den grossen Zehen glichen steinharten, unförmigen Kalkplatten und waren vielfach zerklüftet.

Lues konnte bestimmt ausgeschlossen werden, wohl aber fielen starkes Rauchen, sowie auch, wenigstens in früheren Jahren, reichlicher Alkoholgenuss und vielleicht auch viel Kummer über eine verfehlte Carrière als aetiologische Momente in's Gewicht. Der Urin war stets frei von Eiweiss und Zucker. Eine galvanische Behandlung blieb ziemlich erfolglos.

Im September 1895 erblindete Patient plötzlich einige Stunden lang auf dem r. Auge in Folge einer Blutung in den r. Sehnerven, welche ein kleines, paracentrales Skotom für immer zurückliess. Im Januar 1896 traten Nachts starke Schmerzen und Parese im l. Arm auf und Patient bekam unter heftigen Kopfschmerzen eine linksseitige homonyme Hemianopsie, die sich auch nur theilweise wieder zurückbildete. Dann verlor der Vortragende den Patienten längere Zeit aus den Augen, bis er im August 1898 wieder zu ihm gerufen wurde. Die Erscheinungen in den Beinen hatten sich bedeutend verschlimmert, da Patient sich nur wenig geschont hatte. Er konnte jetzt überhaupt nur noch im Zimmer umherhumpeln, hatte fast beständig sehr schmerzhafte Paraesthesien, besonders im l. Fuss, der immer der schlechtere gewesen war, und der Schlaf war durch die Schmerzen sehr beeinträchtigt. Der l. Fuss schwoll zeitweise etwas an; auch Reissen bis in die Inguinalgegend hinauf trat ein. Die vasomotorischen Erscheinungen, Cyanose und Leichenblässe der Füsse, wechselten wie sonst, je nach der Lage, von der eigentlich keine dem Patienten ganz zusagte. Die linke Ferse war auf Druck sehr empfindlich, ebenso die Zehen des l. Fusses. Eine jetzt vorgenommene Untersuchung der Fusspulse ergab beiderseits vollständiges Fehlen derselben, auch in der Poplitea; nur in den Femorales war ein schwacher Puls fühlbar. Die Sensibilität war auch jetzt noch vollkommen intact, die Motilität nur durch die Schmerzen beeinträchtigt. — Nach alledem musste man nur zu sehr an drohende Gangraen denken und dieselbe trat denn auch Ende September zuerst in der l. grossen Zehe auf, trotz fleissigen Genusses von Jodkali, das Patient übrigens schon früher zeitweise bekommen hatte. Gegen Ende October waren unter unerträglichen Schmerzen 4 Zehen des l. Fusses gangraenös geworden und Patient verstand sich jetzt zu der nothwendigen Amputation des Unterschenkels, die am 26. October von Herrn **Heinlein**, welcher den Patienten stets mitbeobachtet und behandelt hatte, vorgenommen wurde. Das Resultat der Amputation war ein sehr trauriges, denn es floss nach Abnahme der **Esmarch**'schen Binde nicht ein Tropfen Blut aus den völlig obliterirten Arterien und der Lappen wurde sofort gangraenös. Der fiebernde Patient unterwarf sich am 28. October einer 2. Operation zwischen oberem und mittlerem Drittel des Oberschenkels. Hier zeigten die Femoralis und die Profunda femoris, obwohl beide stark sklerotisch, doch noch ein genügendes Lumen, der Patient erlag aber am 31. October einer hypostatischen Pneumonie.

Die von Herrn **Heinlein** vorgenommene genaue Untersuchung der Arterien des l. Fusses ergab völlige Obliteration derselben in Folge chronischer Endarteriitis. Die Section des Patienten wurde leider nicht gestattet.

Nach Mittheilung dieser Krankengeschichte gab der Vortragende noch ein eingehendes Referat der ausgezeichneten Arbeit von W. **Erb** «über das «intermittirende Hinken» und andere nervöse Störungen in Folge von Gefässerkrankungen», welche im August 1898 im 13. Bd. der Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. erschienen ist.

Physikalisch-medicinische Gesellschaft zu Würzburg.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 17. November 1898.

I. Herr **Dehner: Ueber habituelle Schulterluxation.**

Vortragender gibt zuerst einen kritischen Ueberblick über die Aetiologie der habituellen Schulterluxation, die im Wesentlichen in der Erweiterung der Gelenkkapsel und der Auswärtsroller zu suchen ist. Nach Erwähnung der verschiedenen zur Therapie der habituellen Schulterluxation eingeschlagenen Verfahren, stellt Vortragender einen vor 2 Monaten operirten Kranken vor. Die von ihm ausgeübte Operation steht im principiellen Gegensatz zu den bisher geübten Verfahren. In den bis jetzt publicirten Fällen nahmen die betreffenden Operateure die Verengerung der Kapsel an der Vorderseite des Gelenkes vor und brachten durch ein derartiges Vorgehen den Kopf näher an den vorderen Pfannenrand heran, welcher nicht selten ausgeschliffen ist. Es erscheint dem Vortragenden desshalb der Nutzen des Eingriffes sehr in Frage gestellt, wenn bei Ausschleifung des vorderen Pfannenrandes die Einfaltung der Kapsel an der Vorderfläche des Gelenkes gemacht wird. Durch die Einfaltung der Kapsel an der Hinterfläche des Gelenkes dagegen wird der Kopf gegen den hinteren Pfannenrand dislocirt, wo er weit mehr gegen Reluxation gesichert ist. Diese Erwägungen haben den Vortragenden veranlasst, vom hinteren Winkel des Acromion durch einen vertikalen Schnitt von 15 cm Länge den Deltoideus zu spalten. Sofort stellte sich die hintere Kapselwand in die Wunde ein und es zeigte sich, dass die Sehnen der Muscul. supraspinatus und infraspinatus von der Kapsel abgerissen waren und sich retrahirt hatten. Es wurde nun eine Falte der stark erschlafften Kapsel aufgehoben und mit 4 mittelstarken Seidennähten abgesteppt. Muskelnaht des Deltoideus mittels versenkter Catgutnaht, Hautnaht. Die Wunde wurde ohne Drain, bezw. Tampon geschlossen. Vortragender hält dies für Erreichung eines guten functionellen Endresultates für wesentlich, da eine Tamponade stets breitere Verklebungen zwischen Deltoides und Kapsel zur Folge haben wird als der unmittelbare und absolute Verschluss der Wunde.

Das functionelle Resultat ist auch ein völlig befriedigendes, indem neben absoluter Fixation des Kopfes in der Pfanne eine völlige Freiheit der Bewegungen im Schultergelenk erreicht wurde, mit Ausnahme einer geringen Einschränkung der Aussenrotation. Die Frist nach der Operation ist natürlich zu kurz, um von einem Dauerresultat zu sprechen. Immerhin hat der hergestellte Patient bereits mehrere Wochen gearbeitet, ohne dass eine Reluxation eingetreten wäre.

II. Herr **Kunkel: Ueber das Vorkommen von Kieselsäure im menschlichen Organismus.**

Die **Kieselsäure**, welche in der Natur weit verbreitet ist, dient Pflanzen und Thieren zu mechanischen Zwecken z. B. den

Gräsern und Equisetaceen als Stütze, den Diatomaceen als Panzer. Pflanzenfresser nehmen gelegentlich eine grosse Menge Kieselsäure auf, geben dieselbe zum Theil wieder durch den Harn ab, so dass in seltenen Fällen sogar Blasensteine aus reiner Kieselsäure sich bilden sollen.

Dieses zufällige Vorkommen von Kieselsäure im Thierkörper steht mit irgend welcher physiologischen Function in keinem Zusammenhang. Nur in einem Körpertheil, nämlich in den Haaren, ist sie beständig deponirt, um einen mechanischen Zweck zu erfüllen. Ebenso bei den Vögeln in den Federn. Die bei Gorup Besanez zusammengestellten Analysen hat Vortragender geprüft und erweitert. (Inaug. Dissert. von Kall, Würzburg 1878.) Diese Bestimmungen ergaben, dass der Kieselsäuregehalt der menschlichen Haare sehr constant ist und nur 0,1 Proc. des frischen Gewichtes beträgt.

Im frühesten Alter ist etwas weniger Kieselsäure procentisch vorhanden. Braunes Haar scheint besonders reich an Kieselsäure zu sein. Barthaar enthält mehr als das Haupthaar.

Diese Untersuchungen haben eigentlich ihren Ausgang von einer andern Beobachtung genommen, der nämlich, dass im Pankreas der Thiere (und auch des Menschen) sich regelmässig Kieselsäure in nachweisbaren Mengen findet. Auch bei Aschebestimmungen der verschiedensten Organe wird gelegentlich Kieselsäure in unbestimmbaren Spuren nachgewiesen. Die Untersuchungen, die in dieser Richtung vom Vortragenden ausgeführt wurden, ergaben, nachdem die grosse Sorgfalt erfordenden Methoden genügend ausgearbeitet waren, das Resultat, dass im Pankreas der Kühe und Stiere regelmässig einige Milligramm Kieselsäure vorhanden sind. Von der Gesammtasche, die im Pankreas 1,7 Proc. etwa beträgt, sind 0,1—0,2 Proc. Kieselsäure.

Der Vortragende macht auf die Thatsache aufmerksam, dass die Kieselsäure in einem besonderen Organ für die Gelegenheit des Bedürfnissfalles des Gesammtorganismus aufgestapelt sei, in ähnlicher Weise wie der Eisenvorrath hauptsächlich in der Leber, das Jod in der Schilddrüse deponirt ist.

R. Neumann.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 25. Januar 1899.

Herr **Lindemann** a. G.: **Ein elektrischer Heissluftapparat** (mit Demonstration). Der Apparat ist in No. 46, 1898 d. Wochenschr. beschrieben und abgebildet.

Discussion: Herr Ewald benützt, da ihm keine Elektricität zur Verfügung steht, den Tallermann'schen Apparat, mit dem er gute Erfolge sah, doch sind die Angaben Tallermann's zu optimistisch. Er machte Temperaturmessungen an der Haut, bezw. zwischen den Fingern, wobei er jedoch nie mehr wie 38° C. fand, was ja auch nicht anders zu erwarten.

Herr Lindemann bestätigt diese letzteren Angaben.

Herr **M. Piorkowski** a. G.: **Ein einfaches Verfahren zur raschen Sicherstellung der Typhusdiagnose** (mit Demonstration).

Vor 2 Jahren gab Vortragender eine Methode an zur Unterscheidung von Typhus- und Colibacillen, welche nach 48 Stunden die Diagnose dadurch stellen liess, dass die Coliculturen scharf umrandet waren, die Typhusbacillen dagegen Ausläufer aufwiesen. Unter Benutzung des von Gustav Hauser in Erlangen vor Jahren für die Cultur des Proteus angegebenen Princips, verdünnte Gelatine herzustellen, wobei die Proteuscultur eigenartige Wandelungen ausführt, stellte Vortragender einen 3,3 proc. Gelatineharnnährboden dar. Es wird 2 Tage alter, also schon alkalisch gewordener Harn genommen, hiezu $^1/_2$ Proc. Pepton und 3,3 Proc. Gelatine gesetzt und das Ganze zweimal sterilisirt und zwar am 2. Tage nur noch 10 Minuten. Die Cultivirung auf diesen Nährböden erfolgt bei 22° C. und gestattet schon nach 20 Stunden eine sichere Diagnose.

Das Verfahren praktisch zu erproben, hatte Vortragender erst in 4 Fällen Gelegenheit, doch hat es sich hiebei vollständig bewährt.

Discussion: Herr Grawitz begrüsst diese Methode als einen bedeutsamen Fortschritt, desgleichen Herr Senator; aus den Krankenabtheilungen beider Herren stammten ein bezw. zwei Fälle des Herrn P. In einem Falle aus Senator's Klinik waren von P. die Typhusbacillen noch 3 Tage nach der Entfieberung gefunden, in den andern war die Widal'sche Reaction zweifelhaft ausgefallen.

Herr **Rotter**: **Ueber die modernen Indicationen zur Radicaloperation von Hernien.**

Die Indication zur Radicaloperation nicht eingeklemmter Hernien hat sich in der letzten Zeit sehr geändert. Während noch im Jahre 1890 König und Billroth die Gefahr der Operation für ebenso gross erklären konnten, wie die einer eventuellen Einklemmung, gehen jetzt manche Chirurgen soweit, die Operation jeder Hernie für das Normalverfahren zu betrachten.

Vortragender stellt als berechtigte Forderungen auf, dass durch die Operation das Leben des Patienten nicht in Gefahr komme und dass das erreichte Resultat ein dauerndes sei. Nach kurzer Besprechung der Verfahren und Resultate nach Czerny, Mac Ewen, eines von ihm selbst früher vielfach geübten Verfahrens und endlich des Kocher'schen kommt er zu dem Resultate, dass mit Hilfe der Bassini'schen Methode der Radicaloperation der Hernien die Resultate in der That so gute geworden sind, dass man die beiden oben aufgestellten Postulate als erfüllt bezeichnen kann. Die Mortalität ist dabei bei den Scrotalhernien bei Rotter auf 0,3 Proc. und bei einzelnen Chirurgen noch weiter abgesunken, die Dauerresultate so, dass er (R.) unter 67 revidirten Fällen nur ein Recidiv fand.

Die Kocher'sche Methode kann er demgegenüber nicht als einen Fortschritt bezeichnen, sie ist nur für kleinere Brüche geeignet.

Als Nahtmaterial benutzt Vortr. ausschliesslich Catgut, welches nach der alten Bergmann'schen Angabe mit Sublimat-Alkohol absolut sicher sterilisirt wurde. Die Patienten bleiben 17 Tage bis 3 Wochen liegen und werden in der 4. Woche ohne Bruchband (!) entlassen. Ein Bruchband ist auch weiterhin nicht nöthig.

Bei Cruralhernien waren die Resultate nicht ganz so gute, indem er zwar keinen Todesfall, aber 3 Recidive erlebte.

Man wird also dem an einer freien Hernie Leidenden, wenn er noch nicht zu alt ist, nicht sagen dürfen, dass er operirt werden muss, aber ihm die günstigen Chancen, von dem Leiden befreit zu werden, auseinandersetzen und ihm die Entscheidung dann selbst überlassen.

Contraindicationen sind Allgemeinerkrankungen, höheres Alter, oder wenn die Kinder sehr klein und die Hernien nicht gross sind; letztere heilen erfahrungsgemäss bei Kindern häufig von selbst.

Discussion: Herr Kareswski möchte die Kocher'sche Methode doch in Schutz nehmen, namentlich bei kleinen Kindern ist sie der Einfachheit wegen indicirt, aber auch bei grossen Hernien leistet sie Gutes.

Demgegenüber beruft sich Herr Rotter auf Kocher's eigene, in seinem 1898 erschienenen Buche ausgesprochene Meinung, dass seine Methode für grosse Hernien nicht so zu empfehlen sei.

H. K.

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Académie de Médecine.

Sitzung vom 27. December 1898.

Die Virulenz des Kasernenstaubes und speciell dessen Gehalt an Tuberkelbacillen.

Um sich über den Gehalt des Casernenstaubes an virulenten Bacterien Rechenschaft zu geben, untersuchten **Kelsch, Boisson** und **Braun** denselben nicht nur bacteriologisch, sondern impften eine Anzahl von 213 Meerschweinchen theils mit Nasenschleim der Soldaten, theils mit Staub, welcher von den verschiedensten Stellen der Casernlocalitäten entnommen war. Ein grosser Theil der Thiere starb an Septicaemie, von 122 Thieren, welche mit Staub von der Oberfläche und Umgebung der Spucknäpfe geimpft worden waren, gingen 41 in den ersten 40 Tagen zu Grunde, 11 boten später Zeichen eiteriger Peritonitis, aber ohne Spur von Tuberculose im ganzen Körper, 15 wurden nach 3—9 Monaten getödtet, und waren auch frei von Tuberculose; 58 sind heute noch am Leben. Von den 91 mit Nasenschleim geimpften Thieren gingen 14 vor dem 40. Tage an acuter Peritonitis zu Grunde, von den 77 anderen eines am 26. Tage an allgemeiner Tuberculose, 25 weitere wurden späterhin getödtet, boten aber keine Zeichen von Tuberculose, die übrigen sind noch am Leben und gesund. Das am meisten in die Augen springende Resultat dieser Experi-

mente ist, dass die Versuche, durch peritoneale Inoculation grosser Mengen von allem möglichem Staub experimentell Tuberculose zu erzeugen, constant Misserfolg gaben; 90 so behandelte und von der Septicaemie verschonte Thiere sind gesund geblieben. St.

Congress zur Bekämpfung der Tuberculose als Volkskrankheit.

Berlin, 24. bis 27. Mai 1899.

Der Congress steht unter dem Protectorat Ihrer Majestät der Kaiserin. Seine Durchlaucht der Reichskanzler Fürst zu Hohenlohe-Schillingsfürst hat den Ehrenvorsitz übernommen.

Als Sitzungslocal ist das Reichstagsgebäude in Aussicht genommen.

Die Aufgabe des Congresses soll es sein, die Tuberculose als Volkskrankheit, ihre Gefahren und die Mittel, sie zu bekämpfen, den weitesten Kreisen vor Augen zu führen. Demnach sollen die wissenschaftlichen Grundlagen unserer Kenntnisse von dem Wesen der Krankheit und ihrer Verbreitung, sowie die Mittel und Wege, welche uns zur Zeit für ihre wirksame Verhütung und Behandlung zu Gebote stehen, insbesondere die Bedeutung besonderer Heilstätten dargelegt und einer freien Discussion unterbreitet werden.

Es wird hierbei wesentlich darauf ankommen, in möglichster Kürze und Präcision dasjenige vorzuführen, was gegenwärtig in Theorie und Praxis als feststehend anzusehen ist, oder, wenn dies noch nicht der Fall ist, wenigstens durch die Discussion soweit gefördert werden dürfte, dass eine praktische Entscheidung gewonnen werden kann. Es ist jedoch selbstverständlich, dass eine solche Entscheidung sich aus dem Verlauf der Discussion ergeben, nicht aber durch Abstimmung herbeigeführt werden soll. Fragen, welche für die Zwecke der Schwindsuchtsbekämpfung nicht direct von Einfluss sind, dürften gestreift, doch nicht ausführlich behandelt und discutirt werden. Nur durch eine solche Beschränkung wird es möglich sein, die Aufgabe des Congresses in fruchtbarer Weise zu lösen.

Um diesen Aufgaben zu entsprechen, hat das Organisationscomité den ganzen Gegenstand in fünf Abtheilungen zerlegt:

1) Ausbreitung, 2) Aetiologie, 3) Prophylaxe, 4) Therapie, 5) Heilstättenwesen,

welche der Reihe nach an den Congresstagen zur Verhandlung gelangen sollen. Die Vorbereitung dieser Specialverhandlungen haben die Herren Köhler und Krieger für Abtheilung I, R. Koch und B. Fränkel für Abtheilung II, Gerhardt und Schjerning für Abtheilung III, v. Ziemssen und v. Schroetter für Abtheilung IV, Gaebel und Dettweiler für Abtheilung V übernommen. Zunächst werden Referate über jedes Thema gegeben und dann die Discussionen angeschlossen werden. Die Referate über die einzelnen Gebiete sollten in dem schon angeführten Sinne möglichst kurz und präcise gefasst werden. Der Inhalt derselben soll, in Schlusssätzen zusammengefasst, dem Organisationscomité, Berlin W., Wilhelmplatz 2, vorher zugestellt werden.

Mitglied des Congresses kann Jeder werden, der Interesse an der Bekämpfung der Tuberculose als Volkskrankheit nimmt und eine Mitgliedskarte, Preis 20 Mark, beim Bureau des Organisationscomité's löst. Baldige Anmeldung ist erwünscht.

Die Regierungen der deutschen Bundesstaaten, sowie Gemeinden, Facultäten, Aerztekammern, Berufsgenossenschaften, Versicherungsanstalten, Heilstättenvereine und sonstige Corporationen, die sich an der Schwindsuchtsbekämpfung betheiligen, werden von der Abhaltung des Congresses verständigt und ersucht werden, Delegirte als Mitglieder zu dem Congress zu entsenden. Auch wird den Regierungen des Auslandes von dem Stattfinden des Congresses Mittheilung gemacht werden. Das Organisationscomité behält sich ausserdem vor, Ehrengäste einzuladen.

Nähere Auskunft ertheilt der Generalsecretär des Congresses, Bureau: Berlin W., Wilhelmplatz 2.

Das Organisationscomité des Congresses zur Bekämpfung der Tuberculose als Volkskrankheit.

(Folgen 33 Unterschriften.)

Verschiedenes.

Einen Apparat zum Erhitzen von Sand zur Verabreichung von Sandbädern hat der Heilgehilfe Fr. Jos. Krutwig in Bonn in sehr sinnreicher Weise construirt. Der Sand wird in eine durch Gas erhitzte Trommel eingefüllt, in welcher er durch eine in rotirende Bewegung zu versetzende Schnecke in eine zweite ebenfalls erhitzte Trommel weitergeführt wird, nach deren Passiren er in ein unter der Trommel befindliches Reservoir abläuft. Der Apparat wurde auf der medicinischen Klinik in Bonn angewendet. Nach dem Zeugniss Prof. Schultze's kann ein erstes Vollbad von 52° C. in 35—40 Min. fertiggestellt werden. Der Preis des Apparats beträgt fertig montirt 706 Mk., mit Zubehörtheilen (Badewanne etc.) 803.

Ein Abortschlauchdesinfector, von der chemischen Fabrik von Julius Sommer in Bothnang bei Stuttgart in den Handel gebracht, geht uns zur Besprechung zu. Die sehr einfache Construction besteht darin, dass in eine siebartig durchlochte emaillirte Kapsel die zu einer festen Masse zusammengeschmolzenen Desinfectionskörper hineingebracht werden und dann die Kapsel an die Innenseite des Abortdeckels angeschraubt wird (siehe Abbildung). Die Desinfectionsmasse besteht zu ca. zwei Dritttheilen aus Naphthalin, zu einem Dritttheil aus crystallisirter Carbolsäure nebst 2 Proc. Salmiak. Die sich entwickelnden schweren Dämpfe sollen das Aufsteigen üblerGerüche verhindern. Wenn eine eigentliche Desinfectionswirkung von dem Apparat auch nicht zu erwarten ist, so dürfte er doch zur Desodorirung übelriechender Aborte zweckmässig sein; vielleicht wäre, wegen seiner hervorragenden desodorirenden Kraft, Formalin als wirksame Substanz noch vorzuziehen.

Therapeutische Notizen.

Das von Vamossy zuerst als Ersatz des Cocains empfohlene Localanaestheticum Aneson (1 proc. wässerige Acetonchloroformlösung) wurde von Rubinstein bei einer Reihe kleinerer chirurgischer Eingriffe angewendet. Hierüber berichtet L. Sternberg-Berlin (Klin.-therap. Wochenschr. 1898, No. 39) und fasst die gemachten Erfahrungen dahin zusammen: 1. Aneson ist ungefährlich; Mengen von 17,0 werden von Erwachsenen ohne Nebenwirkungen ertragen. 2. Aneson wirkt sofort nach der Injection anaesthesirend. 3. Geringe Mengen, in die Wundränder eingespritzt, ermöglichen eine schmerzlose Naht. 4. Auch bei entzündlich phlegmonösen Processen führt Aneson bei Einführung genügend grosser Mengen in das ganze entzündliche Gebiet zu vollkommener Anaesthesie. 5. Da die Anesoninjection häufig schmerzhaft empfunden wird, ist der Chloraethylspray vor der Injection besser beizubehalten.

Formalin bei Fussschweiss. Gerdeck empfiehlt in der Riforma Medica vom 15. November den Gebrauch des Formalins als Desodorans sowohl wie als Heilmittel bei Schweissfüssen. Er bestreicht die Fusssohle dreimal, die Zehenzwischenräume einmal täglich mit unverdünntem Formalin. Zur Beseitigung des übeln Geruches und Conservirung des Leders empfiehlt sich ferner, 4—5 Tropfen Formalin innen auf die vorher erwärmte Schuhsohle zu bringen. Die Wirkung dauert etwa 3—4 Wochen an, nach welcher Zeit die Procedur wiederholt werden muss. An Stelle des reinen Formalins kann in einzelnen Fällen die 30 proc. Lösung angewendet werden, natürlich dementsprechend häufiger wiederholt. Die bei Soldaten angestellten Versuche ergaben sehr gute Resultate, schädliche Folgen der Formalinanwendung wurden nicht beobachtet. F. L.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 31. Januar. Die Vorarbeiten zur 71. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte, die vom 18.—23. September ds. Js. in München stattfinden wird, sind jetzt in vollem Gange. Am 5. ds. Mts. fand eine Sitzung des Vorstandes der Gesellschaft unter dem Vorsitze des Geh. Admiralitätsrathes Dr. Neumayer statt, in der eine Reihe wichtiger Fragen des Programms berathen wurde. Es wurde die Bildung von 38 Abtheilungen beschlossen und Einführende für diese bestimmt. Für die Vorträge in den allgemeinen Sitzungen sind eine Reihe hervorragender Gelehrter in Aussicht genommen, und haben zum Theil bereits zugesagt. Bezüglich der mit der Versammlung zu verbindenden Ausstellung wurde bestimmt, dass dieselbe nicht eine allgemeine sein, sondern einige in München besonders gepflegte Zweige, wie Hygiene, Kälteindustrie etc., vornehmlich berücksichtigen soll. Geodäsie und Kartographie sollen in ihrer historischen Entwicklung in Bayern zur Darstellung gebracht werden. Die allgemeinen Sitzungen, deren wiederum zwei stattfinden sollen, können Dank Allerhöchster Genehmigung im k. Hoftheater abgehalten werden. Für die Abtheilungssitzungen, sowie für die Ausstellung wurden die Räume der k. technischen Hochschule vom k. Staatsministerium in zuvorkommender Weise zur Verfügung gestellt. Das Bureau der Versammlung befindet sich in der Akademie der Wissenschaften, wo einer der Herren Geschäftsführer (Geh. Rath v. Winckel und Prof. Dyck) am Montag und Donnerstag von 3—6 Uhr stets zu sprechen ist.

— Die Akademie der Wissenschaften zu Berlin hat die goldene Helmholtz-Medaille, die jedes zweite Jahr verliehen wird, in diesem Jahre Rudolf Virchow zuerkannt. Die Medaille wurde 1892 zum 70. Geburtstage des Forschers mit einem Capital von 48 000 M. gestiftet. Die ersten, durch dieselbe ausgezeichneten Forscher waren Helmholtz selbst, du Bois-Reymond, Weierstrass und Lord Kelvin (Sir William Thomson). Die Medaille hat ein Gewicht von 620 g.

— Die chemische Fabrik von J. D. Riedel in Berlin theilt uns mit, dass, nachdem die Bezeichnung «Antipyrin» den Höchster Farbwerken als Wortzeichen eingetragen wurde, sie ihr Dimethylphenylpyrazolon unter der Bezeichnung «Antipyreticum Riedel» in den Handel bringt. Sie fügt bei, dass der Preis in den seit Verfall des Patentes vergangenen 6 Monaten von M. 102.— auf ca. M. 14.— pro Kilo gesunken ist, eine Illustration zu der in jüngster Zeit öfters gehörten Behauptung, dass durch die Patentirung eines Arzneimittels der Preis nicht vertheuert würde. Nachdem übrigens der Name «Antipyrin» Wortzeichen geworden ist, kann man, dem bisherigen Gebrauche entsprechend, erwarten, dass derselbe auch aus dem Arzneibuch gestrichen und durch einen anderen ersetzt werde.

— Die sämmtlichen Cassenärzte der gemeinsamen Ortskrankencasse Kolmar i. E. stellten ihre Thätigkeit ein. Veranlassung zu diesem Schritte ist die Weigerung des Vorstandes der Ortskrankencasse Kolmar-Land, mit dem Vorstand des Aerztesyndicates wegen der Abschliessung von Verträgen in Verhandlungen einzutreten. Die Aerzte verlangen eine Erhöhung ihrer Honorare, die von der Leitung der Casse nicht zugestanden wird.

— Eine «Deutsche Gesellschaft für Volksbäder» soll, wie ein uns zugehender Aufruf besagt, in's Leben gerufen werden. Dieselbe will in erster Linie anregend und auffordernd wirken, durch Schriften, Vorträge und volksthümliche Mittheilungen auf die Bedeutung der Reinlichkeitspflege immer wieder von Neuem hinweisen und den Sinn für des Baden gegenüber der meist noch herrschenden Gleichgiltigkeit und Abneigung in der Bevölkerung wecken; sie soll dafür Sorge tragen, dass eine wachsende Zahl neuer Badeanstalten errichtet und ihre Benutzung zur allgemeinen Gewohnheit werde; namentlich wird die Gesellschaft in vielen Orten Zweigvereine gründen und aus ihren eigenen grösseren Erfahrungeu und Mitteln denselben mit Rath und materieller Unterstützung zur Seite stehen. Die Mitgliedschaft steht Jedem frei, der einen Jahresbeitrag von mindestens drei Mark entrichtet. Die Anregung zur Gründung dieser Gesellschaft geht aus von Prof. O. Lassar in Berlin, der sich schon so grosse Verdienste um Popularisirung des Badens erworben und der zuerst die Forderung aufgestellt hat, dass jeder Bewohner des Deutschen Reichs die Möglichkeit haben müsse, einmal in der Woche ein Bad zu nehmen. Wir wünschen der Gesellschaft, die einem wichtigen hygienischen Ziele dient, zahlreiche Betheiligung in den weitesten Kreisen des deutschen Volkes.

— Der diesjährige Deutsche Aerztetag wird nicht, wie früher in Aussicht genommen war, im März, sondern am 7. und 8. April in Dresden stattfinden.

— Für die sterblichen Ueberreste des Hofrathes Dr. Hofmann, Professors der gerichtlichen Medicin, wurde vom Wiener Stadtrathe eine Grabstelle in der Gräberanlage für historisch-merkwürdige Persönlichkeiten auf dem Centralfriedhofe unter den üblichen Bedingungen bewilligt.

— In der 2. Jahreswoche, vom 8. bis 14. Januar 1899 hatten von deutschen Städten über 40,000 Einwohner die grösste Sterblichkeit Dortmund mit 30,8, die geringste Harburg mit 9,8 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Masern in Ludwigshafen, Metz, an Scharlach in Altendorf, an Diphtherie und Croup in Dessau, Görlitz, Halle, Magdeburg.

(Hochschulnachrichten.) **Berlin.** Der Geh. Obermedicinalrath Dr. Pistor ist von dem Sanitary Institute of Great Britain zum Ehrenmitglied gewählt worden. — **Giessen.** Der Senat der hiesigen Universität hat mit grosser Mehrheit beschlossen, Frauen zum Studium zuzulassen, und zwar sowohl zum Hören einzelner Vorlesungen, als auch zur Immatriculation. Diese wird jedoch nur bewilligt auf Grund bestandener Reifeprüfung an einem Gymnasium oder einer Realschule erster Ordnung. Die Zulassung soll auch zunächst nur in der philosophischen und der juristischen Facultät erfolgen. — **Greifswald.** Der ord. Prof. Geh. Med.-Rath Dr. Heinrich Helferich ist in gleicher Eigenschaft in die medicinische Facultät zu Kiel versetzt worden. — **Leipzig.** Dr. Georg Köster habilitirte sich am 20. ds. als Privatdocent mit einer Probevorlesung «über die verschiedenen Formen der spinalen Blasen- und Mastdarmstörungen, ihre anatomisch-physiologische Grundlage und diagnostische Bedeutung». — Die hiesige medicinische Klinik feiert Ende April d. J. das 100jährige Jubiläum ihrer Eröffnung. Dieses für die Entwicklung des medicinischen Unterrichts in Deutschland so wichtige Ereigniss soll durch eine schlichte Feier und die Herausgabe einer Festschrift, sowie durch die Stiftung der Marmorbüsten von C. A. Wunderlich und E. Wagner, die in den Gartenanlagen des Krankenhauses St. Jacob aufgestellt werden sollen, begangen werden.

Prag. Zum ausserordentlichen Professor der Zahnheilkunde an der böhmischen Universität wurde der Privatdocent Dr. Friedrich Nessel ernannt. — **San Francisco.** Dr. W. Fitch-Cheney wurde zum Professor der Medicin, die DDr. E. Rixford und St. Stillmann zu Professoren der Chirurgie am Cooper Medical College ernannt.

(Todesfälle.) Dr. G. Vlacovich, Professor der Anatomie an der medicinischen Facultät zu Padua.

In Basel starb am 22. ds. der ausgezeichnete Chirurg, Professor der chirurgischen Klinik Dr. August Socin, 62 Jahre alt. Wir behalten uns einen eingehenden Nachruf ver.

Berichtigung. In dem von Sänger in der Sitzung der Biologischen Abtheilung des ärztlichen Vereins Hamburg (No. 3, S. 98, Sp. 2, Absatz 6 v. u.) erwähnten Falle trat nicht Heilung ein, sondern die Beschwerden wurden stärker. Es traten Schluckstörungen auf und es entwickelte sich ein faustgrosser Tumor, der das Sternum durchwachsen hatte.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassung: Ernst Zimmermann zu Becherbach, Dr. Leo Levy zu Neuhofen, Dr. August Feil zu Speyer. Dr. Arnold Walcker in Günzburg.

Auszeichnungen. Die Rothe Kreuzmedaille 2. Classe wurde verliehen: Dem Generalstabsarzt z. D. Exc. Dr. v. Lotzbeck, in München; Generalarzt z. D. Dr. Port in Nürnberg; Professor H. v. Ranke in München; Medicinalrath Dr. G. Merkel in Nürnberg; Bezirksarzt Dr. Zaubzer in München; Dr. Ehrensberger in Amberg; Hofrath Dr. Göschel in Nürnberg; Professor Dr. Kirchner in Würzburg; Hofrath Dr. Krauss in Augsburg; Hofmedicus Dr. v. Pfistermeister in München; Dr. Regnault in Speyer; Landgerichtsarzt Hofrath Dr. Rosenberger in Würzburg; Kreismedicinalrath Dr. Schmitt in Würzburg; Hofrath Dr. Stöhr in Regensburg. — Dem a. o. Professor Dr. O. Seifert in Würzburg wurde von Sr kgl. Hoheit dem Grossherzog von Baden das Ritterkreuz I. Cl. des Ordens vom Zähringer Löwen verliehen.

Befördert: Zu Assistenzärzten: In der Reserve die Unterärzte Dr. Wilhelm Glauning (Nürnberg), August Schultz (I München), Dr. Heinrich Vogt (Landau), Theodor Brockmann (Würzburg), Dr. Hugo Schwabe und Dr. Hugo Eckstein (I. München), Dr. Berthold Kronacher (Nürnberg), Dr. Wilhelm Schmidt und Dr. Sigmund Haffner (I. München), Franz Militzer (Würzburg), Dr. Arthur Böhm (I. München), Dr. Wilhelm Höpfel (Bayreuth), Dr. Wolfgang Siegel (Landau), Rudolf Kretschmer (I. München), Dr. Siegfried Schönborn (Würzburg), Friedrich Mayer (Erlangen), Dr. Wilhelm Höchtlen (Gunzenhausen), August Homburger (I. München), Franz Schmelz und Hermann Küspert (Würzburg), in der Landwehr 1. Aufgebots die Unterärzte Dr. Eduard Aigner und Dr. Edwin Bräutigam (I. München).

Gestorben: Dr. Richard Fessler in München, 29 Jahre alt.

Correspondenz.

Bitte an die sehr geehrten Herren Collegen!

Der Gefertigte erlaubt sich, die sehr geehrten Herren Collegen zu ersuchen, ihm eventuelle Beobachtungen von Echinococcus multilocularis (alveolaris) der Leber mit Angabe des Herstammens und muthmasslichen Acquisitionsortes, behufs medic. geogr. und statistischer Verwerthung, gütigst mittheilen zu wollen.

Docent Dr. Adolf Posselt,
Assistent der medic. Klinik Innsbruck.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der **3. Jahreswoche** vom 15. bis 21. Januar 1899.

Betheil. Aerzte 426. — Brechdurchfall 9 (14*), Diphtherie Croup 36 (43), Erysipelas 9 (22), Intermittens, Neuralgia interm. 1 (3), Kindbettfieber — (1), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbili 6 (7), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. 5 (6), Parotitis epidem. 5 (14), Pneumonia crouposa 19 (15), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 35 (33), Ruhr (dysenteria) 1 (—), Scarlatina 16 (8), Tussis convulsiva 39 (46), Typhus abdominalis 2 (—), Varicellen 48 (52), Variola, Variolois — (—). Summa 231 (264).

Kgl. Bezirksarzt Dr. Müller.

Uebersicht der Sterbefälle in München

während der 3. Jahreswoche vom 15. bis 21. Januar 1899.

Bevölkerungszahl: 430 000.

Todesursachen: Masern — (—*), Scharlach 1 (—), Diphtherie und Croup 2 (3), Rothlauf — (—), Kindbettfieber 2 (1), Blutvergiftung (Pyaemie) — (—), Brechdurchfall — (1), Unterleibstyphus — (—), Keuchhusten 3 (1), Croupöse Lungenentzündung — (2), Tuberculose a) der Lungen 26 (21), b) der übrigen Organe 4 (2), Acuter Gelenkrheumatismus 1 (—), andere übertragbare Krankheiten 2 (—), Unglücksfälle 3 (2), Selbstmord — (2), Tod durch fremde Hand —(—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 180 (190), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 21,0 (22,0), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 13,6 (14,6).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck von E. Mühlthaler's kgl. Hof-Buchdruckerei in München.